BULLETTINO
DELLE
SCIENZE MEDICHE

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s8id13293780

BULLETTINO
DELLE
SCIENZE MEDICHE

Con Appendice

DEGLI ANNUNZI DEI CONCORSI

A CONDOTTE MEDICHE E CHIRURGICHE

Pubblicato per cura

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai Soci

VERARDINI DOTTOR FERDINANDO — DIRETTORE

BACCHI DOTT. ALESSANDRO VICE-DIRETT.
BRUGNOLI CAV. PROF. GIOVANNI
BELLUZZI DOTTOR CESARE
GAMBERINI CAV. PROF. PIETRO
MODONINI DOTTOR BERNARDO
PEDRELLI DOTTOR MARCO
PILLA DOTT. GIOVANNI
RIZZOLI COMM. PROF. FRANCESCO
SGARZI CAV. PROF. GAETANO
TORRI DOTTOR ENRICO

SERIE 4.ª VOL. 24.°

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1865.

Forsan et haec olim meminisse juvabit.

VIRG. Æneid.

MEMORIE ORIGINALI

Prelezioni intorno alle principali Mediche Dottrine per isceglierne la più conveniente, ossia introduzione all'anno scolastico 1864-65 della Scuola di Patologia Generale affidata al Prof. Cav. *Camillo Versari* da Forlì nella R. Università di Bologna. *(Continuazione e fine V. pag. 401).*

31. Tralascio altri fatti di fisiologica attinenza per non andarmene troppo in lungo, e per dovermi più presto attenere ai patologici. Veggiamo or quindi, se nel rifarmi sopra questi sorgono ulteriori criterii valevoli a rispettare, anzichè a dimettere il solidismo. *Varton Iones* nelle sue ricerche sulla genesi primordiale del processo flogistico domanda: se la dilatazione de' piccioli vasi ne sia il primario fenomeno; e risponde affermativamente. Intorno alla cagion prossima della flogosi *Alison* dichiara: che sebbene questa comprenda la *costituzione* del sangue, tuttavia non risiede in esso soltanto; ma *primieramente ne' poteri che i solidi esercitano sul medesimo*. E ciò sostiene pel fatto del circoscriversi i morbi infiammatorii ad una qualche località; e pel loro agevole riprodursi negli stessi vasi ne' quali già altra volta s' infissero. *Carlo Beniamino Travers* nella sua *Fisiologia della infiammazione*

e del processo risanatore, intorno ai cambiamenti, che il sangue patisce per la flogosi, giudica: che dessi avvengono in grazia del suo passaggio pe' vasi infiammati, e che questi conseguentemente ne alterino le sue naturali proprietà, (Annali Univer. di Med.ª Agosto e Settembre 1845. p. 399.) congettura, che io stesso feci da gran tempo. Pongansi da banda le congetture; e torniamo a'fatti. Sta in fatto, che la infiammazione risiede ne' capillari sanguigni; e che accresce gli immediati principii del sangue, anche dopo alcun dì; anche sotto severa astinenza dal vitto animale, e da altro comunque nutritivo; e li accresce pure in onta alla amministrazione di validi antiflogistici, e deprimenti, verità che si oppongono agli *Emofobi* di oggidì. E l' incremento di que' materiali è indubitabile per le osservazioni non dirò mie, sì bene per quelle di *M. Bufalini* di *Andral*, e *Gavaret*, di *Becquerel*, e *Rodier*. Senza di che era già notato, accrescersi almeno la quantità della fibrina sanguigna nel corso de' mali flogistici; e a darne fede bastava il confronto del sangue estratto ne' loro primordi coll' ottenuto pei successivi salassi; e il vederlo poi per questi cuoprirsi di *vera* cotenna, e scarseggiare di siero; e se ne deduceva l' attività del processo flogistico, la sua prevalenza ne' vasi, la passività degli umori; e queste conclusioni si avvaloravano per altri non pochi, nè spregievoli argomenti, che quì non fa d' uopo recare. Importa in vece, a mio avviso, non omettere su quel proposito quanto i precitati *Becquerel* e *Rodier* dalle *Ricerche* loro *sulla composizione del sangue nello stato di salute e di malattia* inferirono; e cioè: parere ad essi dimostrato per le prove de'fatti: » che nella maggiorità dei casi le modificazioni » del sangue siano conseguenze dello sviluppo della malattia; » e dei fenomeni che accompagnano tale, o tale altro stato mor- » boso. » (Annali Univers. ecc. Febbraio 1846. p. 282.) Ciò equivale ad ammettere secondarie quelle modificazioni, e quindi a riconoscere implicitamente il solidismo. Io da un pezzo penso come i suddetti per le emodiscrasie in genere; e, a

confortare quel mio vecchio pensiero, ora qui aggiungo il giudizio di *Giacomini* sullo stesso argomento, ossia: che il concetto delle *primitive* e *spontanee* contrasta alla sana ragione, ed ai fatti. E pensai pure, che la virtù dei così detti *emostatici* amministrati ad uso interno, non debba spiegarsi per azione diretta al sangue; ma si bene per quella di rallentarsene la vascolare contrattilità, onde mi compiaccio di averne letta nella *Gazzette Médicale de Paris* l' uguale sentenza del *Dott. Sée.* I nomi ed i pareri addotti valgono per me assai, più di quello di un *F. Ballotta.* Io glieli contrappongo tuttavia, e solo perchè vegga: che se a lui non mi arrendo ne ho buone ragioni. Non meravigli più adunque, se mi discosto dalla opinione sua. Non meravigli della preferenza che diedi e conservo al solidismo; nè maravigli, se ne riconosco valide le basi *nella genesi* degli organi, nell' esercizio della vita, nel suo mantenimento, nelle influenze delle cagioni morbifere, fisiche, dinamiche, spirituali, ne' modi maggiori di reazione alle medesime, ed eziandio nelle virtù di non pochi rimedii.

32. Benchè *F. Ballotta* abbia lette le mie *Monografiche Ricerche intorno allo Scorbuto*; benchè ne abbia fatto spoglio e creduto straziarle, Egli forse starà saldo tuttavia nelle sue presunzioni. Ne accada ciò che vuole. Io però non dovea sopportarne in silenzio le ingiuste provocazioni; e tanto più verso la prima Opericciuola, premiatami da più che otto lustri per concorso *obbligato* alla *Filosofia Medica di quel tempo.* Il tempo continua. Io ne sentii la influenza; ma *F. Ballotta* per le sue mire si adatta, corteggia i novellini, e ne spera. Ora senza altra allusione a questi veri; e perchè lo scorbuto si tiene l' Achille dell' umorismo, parmi non sia per disdire, se qui ne discorro alcun poco; e se ancora mi volgerò all' umorista *F. Ballotta.* Mi vi accingo, e prefiggomi di farlo col proposito di rispondere alle cose essenziali, supposte, o vere, e di bel nuovo in relazione al solidismo, e al tema speciale, ed alle celate, o manifeste critiche mosse contro quella mia primissi-

ma Dissertazioncella. E di questo ultimo proposito vogliate scusarmi, se non per altro almeno, per essere i primogeniti i più amati, e massime se da altri già accolti benignamente; ed anche per essere della nostra natura il reagire alle offese, che contro loro bene, o male si scagliano, o gettano da chicchessìa, e per un fine qualunque, sincero, o no, scientifico, od artificioso. Comunque, colui che imprende a trattare argomenti già discussi, non manchi all'obbligo di tener conto del più essenziale osservatone da' Predecessori. Siane pure severo, e liberissimo critico; ma non ne scordi, nè miri a struggerne il buono; aggiunga, perfezioni. Nè creda di sorgere per avere solamente tentato di abbattere; chè gli avverrà forse di essere abbattuto; e sì da ribadirgli il proverbio de'*pifferi di montagna*. In ogni modo certo è, che quelli i quali ripigliano una qualunque materia innanzi da altri studiata, dovrebbero illustrarla viemeglio di quello che era, non risolverla con dimessa dottrina. Voi, a proposito dello scorbuto vedrete, se il pretto umorismo di *F. Ballotta* possa valere a farne meglio comprendere la patogenica condizione; se obbedì a quelle giuste esigenze; e quale, e quanto ne sia il merito di Lui. Chi vien dopo, e pubblica di propria volontà i suoi pensieri sopra un tema qualunque, più poi se medico, non dovrebbe far meglio di quanto altri già fece? Io credo che sì, e che ne conveniate.

33. Quei che guarda ad una sola parte di pochi fatti relativi all'umano organismo, (1) e, più delle cagioni valuta gli effetti, può esserne indotto ad abbracciare la dottrina umorale, e quindi ad escludere il primato e la dignità del sistema nervoso. Vuolsi avvertire però, che la verità de' fatti obbliga chiunque ad adattarsele più o meno; e in vero un *Boerhaave* perfino attribuì a questo sistema l'origine e la base dei solidi del corpo umano; e, non ha guari, tenevasi essere la organiz-

---

(1) Quanto dissi nel § 13. oltre alla sua metà ed in fine vuol essere qui richiamato, e piacciavi richiamarlo.

zazione promossa dai nervi; e gli atti principali del sangue e della linfa, ed il minimo grado di vita conceduta a questi due umori derivavansi dai loro globetti. Se oggi ne è modificato, non ne è inverso il parere: di fatto la universalità de' Medici abbraccia l'organica dottrina; e reputa, che l'origine delle parti, così in salute come in malattia, debba tenersi sempre e primitivamente cellulare, ovvero che la forma elementare della organo-genesi, e il fondamento di tutti i vitali fenomeni consista nella cellula ammessa da molti, troppo sublimata da *Virchow*; però vivente per sè stessa, ed attiva. Ecco altre cose che raccomandavano, e raccomandano, non la dottrina umorale, ma quella invece de' solidi organnizzati. Se non che taluno potrebbe opporre: nasce la cellula per mezzo del protoplasma. Risponderei: egli è massa polposa, non liquida: contiene granuli: si dà a vedere sempre contrattile, questo principalmente per le osservazioni di *Schultze;* dunque il protoplasma accenna pure a condizioni di solido, a vitali attitudini organiche, anzichè ad umorismo. Aggiungete infine: che la cellula primitiva è proprio un globulo di protoplasma con un nucleo; ed inferitene (posto a parte il linguaggio di oggidì) raffermata la proprietà, e l'azione maggiore dei solidi organizzati, per me da gran tempo sostenute e, contro le quali solo *F. Ballotta* si permise di appuntarmi. Ma Ei doveva almeno considerare innanzi la ovoluzione ovarica: doveva considerare gli embrionici sviluppi, e forse sarebbesi accorto: che l'una e gli altri confortano il mio vecchio e fermo parere, e non il suo. Anche le elaborazioni degli umori il mio, non il suo favoreggiano; di vero scorgesi manifestamente, che esse dipendono dai poteri dei solidi, più che dalle semplici attività chimiche degli umori. Dipendono dai vasi, e massime dal sistema nervoso. Scopo delle funzioni è la vita, il restauro degli organismi, e per le classi zoologiche l'animalità. I mezzi precipui che queste, pel massimo numero, governano, che alla animalità preseggono, e in lei rientrano, sono appunto, e a chiare note,

rappresentati dai nervi. Sì: essi primeggiano, non il sangue, od altri umori. Veggiamolo rispetto al sangue, e in forza di tossicologici esperimenti; e scorgeremo: che i piccioli intelletti non si dovrebbero permettere la speranza di valere a fare disperdere i giudizi proferti dai Maggiori, sia per induttive ragioni desunte dalla osservazione; che per le addotte dalle esperienze; nè forse sarà vano indagarlo, e indaghiamolo.

34. Da lustri e lustri allusi alle numerose esperienze fatte in proposito da *Magendie*, *Dellile* e da *Emmert*. Qui toccherò le altre che dobbiamo al dott. *A. Bonnet*, a *Dupuis*, a *Brachet*, ed anche per non averne mai discorso in pubblico. Nessuna alterazione nella fibrina e nei globuli del sangue di varii animali apparve al primo, dopo avere nelle vene loro injettate soluzioni di morfina, decotto di noce vomica, di cicuta, di belladonna, (Annales de Chimie et Physique ecc.) mentrecchè sa ognuno, come le medesime sostanze, mandate allo stomaco nostro, e dei bruti, tornino attive e nocevoli, particolarmente al sistema nervoso. Il secondo, ed il terzo in seguito a molte esperienze dedussero: rendersi impotenti pel taglio di ambidue i nervi vaghi, praticato su varii bruti, non pochi veleni immessi poi nelle vene dei medesimi; e che ciò non avveniva quando faceano giungere que' veleni allo stomaco di altri della stessa specie. Dopo simili iniezioni *Sasse*, *Magendie*, *Gaspar*, *Buissons*, e *Gendrin* viddero in vece flebiti, e ne spiegarono le successive emodiscrasie. Al pari della emite, la pioemia sembra secondaria, effetto della stessa flogosi, ed anche de' capillari venosi; siccome *Dance* e *Cruveilhier* giudicarono. Grave, e forse non abbastanza risoluta ancora è la disputa sull' assorbimento del pus. Tuttavia, entrato, o comunque prodotto, nella torrente sanguigna non deve irritare la interna membrana de' suoi canali, e sconvolgere le azioni nervose e muscolari delle tuniche sovrastanti alla interna, e le *vasa vasorum*? E saranno sì fatti risentimenti da interpretarsi favorevoli all' umorismo? E come non credere che ne siano impressionati i vasi prima dell' umo-

re che muovono? Aggiungete: che le conseguenti emodiscrasie ci si palesano tardi; e che il sangue estratto, o perduto in queste circostanze non dà a vedere pus, nè scomposizioni di crasi valevoli a fare per sè sole nascere il sospetto di pioemia. Il sangue per sè medesimo non si converte in pus, in ogni modo adunque non terrei primaria la pioemia, e intorno alla medesima, da alcuno supposta primaria, e dichiarata vastissima, ricordo, che da più anni discorsi invece di leucemia; e che la riferii ad organiche successioni, non a vizii primarii del sangue, i quali da talun Medico si accolgono; ma che io non posso concepire, e non veggo propriamente dimostrati primarii. Errerò, pure fino a che non ne abbia le prove in contrario, e di valore, son fermo nell'antica, e non cieca mia persuasione. E l'asserisco non cieca per le verità del solidismo, e per altre ragioni che mi paiono buone, e delle quali sembrami non avere penuria. Forse taluno in via conciliativa per questa disputa, che non è lieve, nè facile a risolversi senza che ne rimanga alcun dubbio, consiglierebbe: componiamci nel solido-umorismo, ed acchetiamoci una volta alla perfine. Però come possibile rinunziare alle riflessioni discorse contro l'ecletismo? Ponendo me stesso da parte, come non vedere, che i nemici del solidismo risorti presuntuosi di forze fantastiche si adatterebbero tutt'al più all'umoro-solidismo? Scorgete Voi in questo caso, non ne dubito, a quali miserie s'andrebbe; e Voi scorgete ancora, che nell'una e nell'altra foggia di supposta transitoria pacificazione cadremmo in una debole dottrina, in una dottrina ermafrodita, e contradditoria. Ecco a quanto si giunge col non risolvere le più gravi quistioni. Io debbo restringermi alla Medicina; e ci torno, sebbene in rispetto ad altre consimili discussioni avessi pure di che ridire. Or dunque mi limito a riflettere: che il Medico ne acquisterebbe un capo gianico: che, Dio sa, se potesse riuscire a guardar bene, e a conoscere fra i due punti il più rilevante: che potrebbe trovarsi in grande incertezza fra due repugnanti pareri; e che quindi non è a

credere gliene potesse conseguire un buon indirizzo. Incorrerebbe adunque nei pericoli dell' eccletismo, de' quali io già tenni proposito nel § 14, e nei seguenti relativi.

35. Havvi chi arditamente suppone di liberarsi da questi pericoli, e si affida all' unico principio dell' umorismo. Buon pro gli faccia; e finchè ne sarà illuso, forse ne avrà contenta la fantasia. Ma poi non dovrebbe mancargli il bene della coscienza, e della ragione, le quali potrebbero forse fargli sorgere un qualche rimorso sull' esito delle cure infelici condotte con osservanza alla umorale dottrina. E fra questi parmi debba essere, se già non è stato, *F. Ballotta*. Leggo: che Egli nella sua Monografia dello scorbuto, escita a più riprese nella *Liguria Medica*, crede questo morbo una tra le più insigni emodiscrasie. Certo che il sangue, ed in ispecie nello scorbuto lento, ne rimane molto alterato, e ciò viddi, e confessai pur io; resta però a dimostrare, se lo scorbuto primitivamente cominci da emodiscrasia. Le cagioni morali, il freddo, l' umido, i liquori, la troppa attività del corpo, l' inerzia del medesimo, cause dalle quali in genere lo scorbuto appunto deriva, agiscono dapprima sui nervi, sugli organici tessuti, e non subito sopra al sangue. Poi quante discrasie di questo umore, primarie, o secondarie, senza che si abbia quel morbo? La clorosi, l'anemia, molte tifoidee, l' idroemia, non pochi inquinamenti del sangue dovrebbero, massime ne' loro inoltrati periodi, addurre spessissimo lo scorbuto; e ciò non si vede. Queste sono verità chiare, palesi, e che fanno gravissime eccezioni a quella ipotesi. Anche il fatto di pronta guarigione di scorbutici per la sicurezza di presto rivedere la patria fa tenzone al concetto di quella primaria discrasia di tutto il sangue loro. Postala così, io non saprei spiegare la storia dei dugento e due Francesi scorbutici in Egitto confermativa di quel gran fatto narratoci da *L. Frank*. Nè possono intendersi o almeno non ne intendo io i casi, se non me li fa intendere *F. Ballotta*, di scorbuti risanati con rimedii antiflogistici, colle sanguisughe, e perfino col

salasso anche ripetuto. E di più, come in quella supposizione intendere, che il sangue tratto per flebotomia a non pochi scorbutici desse a vedere cotenna? *Favel* nella sua *Memoire sur le scorbut* (Paris 1847) non ne comprovò l' aumento della fibrina? *Becquerel* e *Rodier* nella quarta conclusione delle nuove loro indagini di ematologia (*Comptes rendus de l' Accademie des Sciences* 31 *Mai* 1852) non dissero forse « Nello scorbuto acuto la » fibrina rimane allo stato normale, e talvolta trovasi aumen- » tata? Non dissero: diminuisce nello scorbuto cronico, o nello » stato scorbutico sintomatico di un certo numero di malattie » croniche, massimamente nelle organiche del cuore, nelle qua- » li codesto stato scorbutico è più frequente, e meglio rileva- » to? » Nè altro dissero in proposito. E, alla decima quarta conclusione dei medesimi, forse che non si leggono le seguenti parole? « Il sangue nello scorbuto acuto non subisce alcu- » na modificazione apprezzabile de' suoi principii. É nel croni- » co la quantità della fibrina notabilmente diminuita; e i glo- » buli talvolta sono considerabilmente aumentati » *F. Ballotta* si ostini dopo ciò nella sua insigne emodiscrasia; e vegga, se alla medesima faccia non lieve ostacolo il generale beneficio che gli scorbutici traggono dal vitto pitagorico, il quale tanto è, da avere *Cockbur* affermato: » scorbuti summum et pene » solum auxilium est in herbis recentibus ».

36. Quale insigne emodiscrasia si potrebbe poi concepire negli scorbutici fra i soldati Sardi innanzi a Sebastopoli, se, per testimonianza di *Commissetti*, i più forti e robusti tra loro ne ammalarono di preferenza, e cioè i Savoiardi, massime al crescervi nel 1855 il freddo, e l'umido? (Giornale di Medicina militare Torino 1858 Relazione delle malattie che hanno dominato ecc.) Nello stesso anno il dott. *Cloch* di Trento pubblicò le sue *Annotazioni sullo scorbuto*, e ne stabilì la patogenica condizione non in una emodiscrasia, si bene nella flebite, siccome prima di Lui inclinava io stesso a credere, e dopo me *Sorgoni*, e *Benvenisti* dichiararono più o meno aper-

tamente anch' Essi. Non si sdegni *F. Ballotta!* se agli occhi della sua mente sottopongo fatti, considerazioni, e Autorità, che dopo otto lustri dalle mie ricerche intorno lo scorbuto poteva tornargli profittevole avere ponderate in questi penultimi mesi. Forse Ei non si tiene gran fatto obbligato al successivo accrescersi delle mediche osservazioni, quantunque datosi a comporre una Monografia, che pare non bisognasse, e sia stata respinta. Suppone di andarsene innanzi collo strignersi al vecchio, ed al più esclusivo umorismo! Se ne bei pure. Ma non potrebbe esserne turbata la beatitudine per quanto ne dissi, e col richiamarlo alle necroscopiche alterazioni che fecero stabilire: non essere tutte emodiscrasia che le realtà riscontrate in quei cadaveri? Direbbe Egli, che tali sono i vizii cardiaci, i vascolari, e altri de' tessuti organici palesatici dall' Anatomia patologica degli scorbutici? A Lui la risposta, dopo però essersi assunto l' obbligo di addurne le cose vedute e trovate; e a me il permesso di avvertirlo: che un Monografo libero non deve prediligere nè umori, nè solidi; ma raccogliere e notare in vece tutto che per gli uni e per gli altri può offerire una attenta e spassionata osservazione di quanto ci è dato vedere di fruttuoso dalle indagini nostre necroscopiche, o conoscere per le altrui, massime per quelle lasciateci dai più pregiati Trattatisti, e che vastamente ne studiarono la malattia, per non ricondurla al vecchio umorismo, il quale non basta, e non giova, al pari del puro, ed assoluto, e semplice solidismo.

37. Per la ragione del divulgamento, non sempre diretto al bene della Scienza, volto in vece ahi sovente! a raggiugnere le cupe intenzioni di quelli che se ne valgono di moto proprio, e Dio sa per quali scopi; e chiamato da *F. Ballotta* a rispondergli, io sento l' obbligo di non tacere: che altre cose Gli stanno contro. In aggiunta a quanto sino ad ora notai, Gli sta pur contro la serie non picciola delle necroscopie, che ne'mancati per iscorbuto fecero fede di suppurazione, di cancrena, di indurimenti, di ipertrofie, di ostruzioni, e di ulceri; co-

sicchè Gli menerem buona la sentenza snocciolata in grazia de' suoi studii sullo scorbuto: cadde il solidismo per non risorgere mai più? E lascieremo, che quel Sig. Umorista giri in fantasia, siccome dice *con frase altrui* di aver fatto, la *mazza a tondo?* Oh non creda che nelle sue mani, e col suo spirito, sia quella mazza divenuta la clava d' Ercole; chè taluno forse potrebbe ricordarne invece gli avventati combattimenti contro i molini, gli otri ecc., e le vittorie del Cavaliere Don Chisciotte della Mancia! Se non che *F. Ballotta* non ista a cavallo; nè in piedi; ma sede a scranna; e di lì se ne torna al solidismo; e crede combatterlo, e di averlo abbattuto; cosicchè di Profeta si trasmuta in Giudice; spippola, e condanna questa dottrina ad una *eterna dimenticanza,* cioè a peggio che *morte.* Eppure la Medicina che ora predomina è *l' organica.* Eppure i Botanici nelle classificazioni loro diedero e danno valore non al succo delle piante, ma agli organi delle medesime, a' cotiledoni, alle sporule, e alle disposizioni degli stami verso i pistilli, e a quelle delle corolle, ecc. ecc. Eppure non sono vane le cose dette contro all' umorismo, in ispecie le discorse a questo settimo paragrafo. Eppure fu il solidismo abbracciato da molti grandi Uomini; e nè anche dopo quella mazza, comunque girata, e quel giudizio, non mi pare nè morto, nè scordabile. Accortosi poi il gran Giudice: che conveniva consolare la Medica famiglia di quella tremenda sua dichiarazione, risiede a scranna, ed esce in queste memorabili parole: l' *umorale patologia é risorta gloriosa e trionfante per non mai più morire.* Oh! Non si direbbe che qui *F. Ballotta* parlasse di Cristo? Credo senza dubbio che Ei sia un buon Cristiano, e sì devoto, da averlo in mente; ma pure quelle parole erano dicevoli all' argomento? Non sanno di umorale bacchettoneria, o almeno quanto non sono elleno enfatiche? Quind' io, a calmargli quella superstizione, ed un enfasi cotanto rischiosa, lo pregherò a ripensare sulle cose discorse; e ancora a leggere la Storia della Medicina.

38. Potrà acquistarne (e forse gliene cade il bisogno)

molte buone cognizioni, fra le quali questa: non essere la frase *sui generis* tanto spregievole, siccome Ei ne giudica. E non è spregievole per darsi malattie a peculiari caratteri, a particolare fisionomia, ad indole propria, a singolare andamento; e a curare le quali occorrono dati rimedii. Nè lo è nemmeno per le seguenti Autorità, che valgono assai più di quella di un *F. Ballotta*. E in vero *Gaubio* disse la forza vitale principio di suo genere (§ 13). *Stoll* distinse una classe di malattie col titolo di *speciali*. *Hildebrand*, *Horn*, *Friderich*, *Hartman* pure. Applicò quest' ultimo la suddetta frase persino a due *specie* di tifo. *Ales. Mayer* disse *sui generis* il principio morbifico della febbre tifoide; e *Salvat. De-Renzi* specifico e proprio il processo della medesima. *I. L. Brachet* riferì la colica saturnina ad una nevrosi cerebro-ganglionare speciale. *Baruffi* e *Dalmazzone* ascrissero la febbre puerperale a ganglionite *specifica*. E il Professore *Bruschi*, che pare tenuto in istima da *F. Ballotta*, ammise e lo specificismo, ed il *sui generis* nello Scorbuto. Ne concluderei che *F. Ballotta* dovea rimanersi da quella critica; e che a me piacerà sempre più di attenermi alla osservazione, al ragionamento, e ad Autori ben degni di fede, e giustamente ammirati, anzichè a Lui fantastico, superstizioso, poeta, più che Medico; e sprezzatore della Storia della Medicina e delle positività contrarie a' proprii concetti. E reputo che avesse *F. Ballotta* servito pur meglio a sè stesso coll' astenersi da jattanza, e da quella critica; poichè, prese le sembianze di savio, affermò: lo scorbuto *consiste veramente in una alterazione* SPECIALE *del fluido sanguigno*. Ond' ecco, che Egli, senza più divagare, e divagarsi, parea si apparecchiasse a precisione di patogenica intelligenza dello scorbuto. Ma in ciò si contraddisse, e concesse assai più; chè il nemico del *sui generis* divenne amico della *speciei*. Oh che incoerenza è mai questa! Come giudicare di chi non ammette il genere, e poi si affida alla specie? Potrebbe avventurarsene il giudizio di poca saviezza? Badiamo però che *F. Ballotta* sa

dello scorbuto ogni cosa, anche la più munita. Oh! sì, Egli è rinsavito, e indagatore felicissimo. Egli ha scoperto il vero: di fatto, sempre da quella scranna, senza esperienze, senza dirette osservazioni, e analisi sul sangue degli scorbutici ne scorda la speciale alterazione, o, meglio, la imagina raggiunta e chiarissima; cosicchè prorompe nell' insegnamento intuitivo del suo intelletto; ossia dichiara: sta lo scorbuto nella imperfetta arterizzazione del sangue per iscarsezza di ossigeno, e di ferro. Però, mentre parevagli irradiar luce nel tenebroso medico orizzonte, sebbene solo in rispetto allo scorbuto, siamo ricondotti da un tanto Lucifero al bujo delle generalità, cui tira di pratica. Imperfetta emoarterizzazione, difetto di ossigeno, e di ferro ne sarebbero i raggi illuminatori. Consideriamone alcun poco la supposta lucida realtà. Le tre suddette condizioni non sono che effetti; facea d' uopo adunque risalire alle efficienze loro; e massime a chi presume di illustrare una malattia meglio dei Predecessori, e tanto più a chi se ne ghiribizza, ed arzigola Maestro. Pure sarà lecito ricordargli: che l' ematosi è funzione principalissimamente subordinata ai nervi ed ai vasi; e che si ha molte volte intero convincimento di imperfetta arterizzazione del sangue, senza che lo scorbuto tuttavia ci si presenti. Rispetto alla scarsezza di ossigeno sarà pur lecito fargli riflettere: lo scorbuto prevale in mare, ossia dove non è penuria di ossigeno e che; *Tommaso Marryat*, *Monro*, *Wilson*, *Veikard*, attribuirono lo scorbuto ad eccesso delle frutta, e di altri cibi vegetabili. Anzi *Wilson* ne stabilì una specie da vitto pitagorico, e curabile per largo uso di buone carni. *Paterson* riferì lo scorbuto anche all' ossigeno. Le inspirazioni di ossigeno tornarono vane agli scorbutici, che avea la flotta di *La Perouse*. Indipendentemente da queste osservazioni, io promossi già alcuni dubbii in proposito in una mia *Lettera* ecc. inserita nel V. 74. del *Giornale Arcadico* di Roma 1837. Sarà poi da ammettersi nel sangue degli scorbutici l' annunciato difetto fisiologico del ferro? Non pare, almeno ne' casi di quegli scorbutici

che guarirono senza marziali preparati. Nè pare negli altri che furono compresi dallo scorbuto per disabitudine al salasso, al sanguisugio, per pletora, per amenorrea, per sopressioni di flussi sanguigni, per vino, per liquori, e massime per l' acquavita, che, abusata, rese scorbutico quasi tutto l' equipaggio di *Ellis*; altri fatti questi, i quali avversano anche il concetto della insigne emodiscrasia nello scorbuto. Alcuni grandi Osservatori praticarono, e viddero utile il salasso in parecchi scorbutici; e ciò fa chiara opposizione sì a quel difetto, che alla emodiscrasia. E quante emodiscrasie non accagionate, nè accagionabili di scarsezza del ferro fisiologico sanguigno, e guarite senza l' uso di preparati marziali! Mi limito di nuovo alla deficienza fisiologica di ferro nel sangue degli scorbutici e dico: che può aversi senza scorbuto in varie emodiscrasie, in molti cronicismi: dico che: il latte, la coclearia, il nitro ecc. trovati profittevoli da tanti agli scorbutici non contengono ferro: che nemmeno ne contengono la scilla, i purganti, massime eccoprotici, ecc. ecc. riconosciuti anch' essi buoni rimedii contro lo scorbuto. Osservo: non essersi mai da alcuno (per quanto almeno io ne so) attribuito ai tre contemplati elementi il morbo più affine allo scorbuto, ossia il *maculoeus*: che questo sovente si complica a malattie infiammatorie, siccome io viddi, e vidde anche *W. P. Alison*; e che si può mitigarlo mediante il metodo antiflogistico. E all' ultimo di questa spiacevole quistione, cui sono stato astretto mio malgrado, osservo: che *F. Ballotta* per meglio sorreggere que' suoi pensieri doveva almeno recare argomenti confacevoli desunti da osservazioni, e dalle analisi di chimica organica. Non giova, quando ci è consentito, ricorrere alla esperienza sensata, ovvero alle testimonianze de' nostri sensi, ed alla autorità del ragionamento? Daremo noi peso a quello fatto a *priori?* Dovetti io arrendermi tuttavia alla toccata dolorosa necessità; e vorrei, che appo Voi, e di una certa relativa lunghezza, e dei minuti particolari di critica, e di confutazione, e de' frizzi scher-

zevoli ed ironici, mi facessero buona scusa la gravità della disputa, il suo legame con quella intorno al solidismo, ed il contegno verso me tenuto da *F. Ballotta*. Egli pe' capelli mi ha condotto a rispondergli. Favorite Voi dunque di condonarmene: dolgasi Egli di sè stesso, e se ne adumilii. Questo forse non avverrà: forse replicherà; sappia però ch' io mi propongo di non tornare più sopra la controversia; e che al giudizio de' savii Medici mi rimetto sin d' ora, e volentieri, anche per non impacciarmene più; e perchè è rarissima, se non impossibile fortuna quella di ridurre al dovere i boriosi provocatori. Se d' altra parte Vi paresse, che, per essere sceso a' particolari, mi fossi dilungato dal generale argomento, non V' incresca riflettere, che la via della scesa può essere salita, e risalitela; chè i gradini valgono così per l' una come per l' altra cosa, e a meglio conoscere quel che s' ignora.

39. Anche per ciò dagli infimi gradini risalgo al solidismo, cima invano fulminata, e che resiste a' contrasti, e starà per le salde basi de' suoi fondamenti poste sul terreno della organizzazione. Egli è piramide fatta dagli Antichi, (1) e perfezionata per l'ingegno di *Baglivi, A. Pacchioni, A. Cocchi, Morgagni, F. Hoffmann*, di *Glisson*, di *Haller*, per alludere ai più insigni Moderni. E fra questi è *Guglielmo Cullen*, che pel primo ridusse, per quanto almeno era a notizia di *C. Sprengel*, ed è alla mia, a vero sistema il solidismo, (solidum vivum) ne' suoi *Elementi di Medicina Pratica*, che poi *Gregory* comprese sotto il nome di *genere nervoso*. *Cullen* scrisse anche di *Materia Medica*, e nell' Opera di Lui così intitolata Ei segue l' *Hoffmann*: sostiene una congettura analoga alla già annunciata or ora da me intorno agli agenti sul corpo vivo; e dice: che essi sono prima sentiti dai nervi e dalle parti irritabili; e che sì quelli, che queste impressionano il nervoso sistema. E con imitabile ingenui-

---

(1) Oltre ai già nominati in fine di questo paragrafo 28. non voglione scordarsi *Asclepiade Bittino, Sorano, e Celio Aureliano*.

tà soggiunge: essergli ignota la materia posta in moto per l'azione delle sostanze straniere; ma che tuttavia le si può imporre il nome di *principio vitale.* (1) Però si danno anche agenti morali; e sono ben atti a promuovere gli effetti qui contemplati; e sono di un vitalismo che se compartecipa dell'organico, di che non è a dubitare, ne porge tuttavia ragguardevoli differenze. Mirava forse *Cullen* al fluido nerveo? In sua sentenza i rimedii agiscono principalissimamente sui solidi; nè solo per l'azione diretta ai medesimi, e per la impressionabilità loro, si bene ancora per l'alterazione, che ne risulta. Dovevano quelle Opere, e queste verità esercitare, ed esercitarono una grande influenza sugli intelletti de' Medici, e furono promotrici delle tante altre le quali appartengono alla dottrina del *solidismo*, ed alla anticipata dimostrazione della priorità de' nervi, e del grado loro di azioni superiori a quello degli altri solidi organizzati. Al che avea per non poco contribuito il sistema meccanico-dinamico di *F. Hoffmann*, il quale insieme alla irritabilità di *Glisson*, *Haller*, accolta da *Borsieri*, preparò poi la dottrina Browniana dell'eccitamento. Non mi sarebbe difficile offerirvene le testimonianze; ma non ista a me dare

---

(1) *Barthez* lo disse forza vitale. Filosofi e Medici di ogni tempo ne fecero aspirazione, e produssero ipotesi; come dell' *etere Anassagora*, del fuoco *Empedocle*, del *calore* innato e della *natura. Ippocrate*, del *pneuma* varii dogmatici, dell'*archèo Paracelso*, e *Van Helmont*, degli *spiriti vitali Attuario*, dell'*Anima Stahl.* Il *pneuma* (quasi spirito anch'esso e svolto dall'aria) fu nondimeno creduto immateriale, cagione della vita, e, per le diverse proprie qualità, di salute e malattia da *Ateneo* principalmente, e dal gran Medico *Cappadoce*, ossia da *Aretéo.* La frase *spiriti vitali* tornò in voga da più che un secolo fa, poi si dimise, e massime pel concetto della irritabilità di *Glisson* e *Gorter* attribuita ai viventi, circoscritta da *A. Haller* al sistema muscolare, per quello della *eccitabilità di G. Brown;* del magnetismo di *Mesmer*, della elettricità di *Galvani e Volta.* Ma l'intima essenza della vita è arcana, e forse per sempre tale si rimarrà; ed ecco il perchè ce ne manca tuttora la vera definizione. A' *Demoni* ecc. non so alludere.

Lezioni di Storia della Medicina; e in oltre m' astringeva la scarsezza del tempo, l' obbligo impostomi di poco aggiungere al già discorso, e l' altro di attenermi alle cose di maggiore importanza, siccome conviene a chi insegna Patologia generale. Dunque *sequar fastigia rerum*; e dico per ciò: dopo *Glisson*, e *Leibnizio* entrato in Medicina lo studio del moto anche più dell' epoca jatro-matematica: fissatane una specie di proprio agli esseri vivi; ed attribuita, ora alle leggi comuni ai non viventi, ora alle particolari oscillazioni dinamiche dei corpi inorganici, e degli altri organizzati. Con che indotti i Medici ad ingegnarsi d' investigare il vero con più ample vedute; ma posti fors' anche in pericolo di allontanarsene, o di ottenebrarle, sia per analogie rischiose, sia per l' amore che ci lega ai concetti di nostra mente, sia per l' arduità dell' argomento, e per la circostanza di aver a che fare col più complicato fra tutti quelli che possiamo sforzarci d' intendere. Onde le tante dispute sulle vibrazioni, e sui mutamenti molecolari de' nervi, sul moto oscillatorio dei medesimi, e sul contrattile del muscolare sistema; per ciò assentita la contrattilità al cuore, e come mai disdirla? È un viscere muscoloso: ma gli si erano negati i nervi, che poi a buona ragione, per l' anatomica, si raffermarono, e con merito dello *Scarpa* principalmente, di *Soëmering*, di *Rob. Lee*, e di *Remak*. Anche questo vero illustrato pel grande argomento: li veggo e tocco: contribuì ad accrescere la fiducia nel solidismo. Ma si può anche del vero abusare siccome dell' ingegno; e si vede e si tocca; chè anche la virtù non riesce sempre a premunirci da esorbitanze. Io reputo quindi, e per la smania del meglio, che ciascuno perturba, ne sopraggiungesse l' epoca del troppo puro dinamismo già disposta per gli studii antecedenti; chè nissuna scientifica dottrina, nè verun cambiamento politico e morale si può stabilire, se non ne occorsero prima gli apparecchi opportuni, o l' educazione relativa degli intelletti. Ma i puri solidisti non badavano che alla materia organica, i Dinamici ne

astrassero il concetto della forza, e ne scordarono il materiale che la svolge, quasi al pari di molti solidisti, che poco, o niente si diedero a riflettere sulla forza organica, e sugli umori. Gli eccessi de' primi non valsero a liberar' i secondi dai proprii. Che è mai questa nostra mente, ora intesa al sublime, e al libero, ora al basso, ed al passionato? Gli uni e gli altri veri intermedii dovevano mescersi, contemperarsi, e occorreva meditare sulle tante concorrenze nelle quali la vita organica e spirituale consistono propriamente. Per tal modo non saremmo anche oggi dolenti di tante mediche controversie, di tante contraddizioni, di scandali: l' intelletto de' Giovani sarebbe senza torture, senza gravi incertezze, tranquillo, concorde, e consolato per esempi lodevoli. Possa allo sdrucciolo di questo secolo, quindi a Voi toccare il bene e l' onore di vedere perfezionata la Scienza Medica con saldezza di principii, e di vederla immune da quanto la più retta morale disapprova. *Utinam, utinam!*

40. Questa mia intenzione con generiche proposizioni relative al solidismo, alla dinamica semplice, ed alla pura organica dottrina fu di accorciarmi la via per giungere a quella che mi sono prefissa di seguire, o la conducevole alla dottrina organico-dinamica. Giunto alla quale continuerò per l'altra del vitalismo, e finirò colla sopraggiuntaci da pochi anni, ovvero colla Patologica cellulare. Vie ampie, maestre, nuove, che consigliano alcuna soffermata, e lungo il cammino delle quali è facile tuttavia incontrare ostacoli e pericoli. Chi fa viaggio deve averne prima acquistata alcuna nozione pel fine di porsi in grado di non esserne soperchiato; anzi deve aspirare a vincere gli ostacoli che fosse per incontrare, e, a mala riuscita, sapere adattarsi agli eventi. E mi vi avvio, e ci sono già apparecchiato anche per la risposta, che innestai a *F. Ballotta,* per avermici Egli stesso obbligato.

41. È l' organo-dinamismo, o la dottrina organico-dinamica quella cui inclinai sin dalla prima mia gioventù. E me le

affido, perchè una dottrina così denominata induce all' obbligo di muovere dalla organizzazione, e di ponderarne i fenomeni vitali conseguenti, ovvero perchè fissa le basi naturali agli esseri vivi, le più vere, le meno oscure, le riconosciute da tutti; sì da valerne, se non erro, a buon indirizzo; chè così ne scorge a premunirci dalle esclusività del puro organicismo, e del semplice dinamismo, a collegarne le teoriche applicazioni, e a renderle vie più profittevoli alla pratica delle Arti salutari. E di fatto Ella si attiene alla osservazione ed al ragionato confronto degli organi, delle funzioni loro, dello stato delle forze, e dei movimenti vitali; ne contempla i disordini: contempla pure la natura degli agenti etiologici, i sintomi consecutivi, gli effetti sì organici che dinamici de' rimedii; e ne desume la patogenesi, il diagnostico, l'indole, la cura, e la prognosi delle malattie. Così Ella non rimane tronca, o mutila, siccome parmi avvenga di altre; e parmi ancora, che adempia alla più essenziale esigenza per sorgere, come io son solito a dire: « *non ab uno elemento, sed ex omnium animadversione* » E in vero Ella non isconosce nè le azioni degli umori, nè quelle dello spirito: tiene secondarie le prime, ammira le seconde, e nello studio di queste sovra ogni cosa esamina le reciproche influenze, od i grandi rapporti del morale sul fisico, e di questo su quello. Lascia le più alte psicologiche quistioni ai Filosofi, agli Ideologi, ed agli Alienisti così detti, per essere circoscritta all' organismo; e in vero il corso delle mentali alienazioni fu sempre disgiunto dalla Patologia generale. Però anch'ella non isfugge di trarre in grande alcune conclusioni dalla Psicologìa; e ne inferisce la sublimità dell' argomento, l' ammirabile indicata relazione tra il morale ed il fisico, e vice versa: ne inferisce la spiritualità e l' eccellenza di quello, e ne stabilisce la discendente gradazione nella forza vitale, poi ne' solidi organizzati, e da ultimo negli umori. Stima la forza vitale risultante dalla organizzazione, a questa intermedia e allo spirito; e il giudizio: che la forza vitale risulta dall' organismo, la conduce a raffermare la

preminenza, e la priorità dei solidi rimpetto agli umori. Questi i fondamenti principali della patologia che Vi insegnerò. Ve ne diedi un semplice cenno, perchè debbo io fra non molto tornarci sopra; perchè de' miei pensieri non fo grande stato; e perchè m'è d'uopo non cadere in soverchio per essermi prefisso di compiervi in oggi la critica già assunta, alla quale mi rimane da aggiungere la necessaria intorno al vitalismo, ed alla dottrina cellulare, che omai non debbo più tardavi.

42. Impor nome ad una dottrina in grazia del principale tra gli effetti per la medesima contemplati è egli consentaneo a filosofica Filologia? E la vita non è forse un effetto complesso, compostissimo, e addotto in gran parte dall'organismo, siccome accennava dianzi? Poi che se ne intende, col nome *vitalismo*, se non la scienza della medesima? E quanto non è oscura la vita? Convien egli dar base ad una dottrina sopra un concetto, che è bene significato dai fatti; ma che, se vogliam' essere ingenui, è una grande complicazione e fors' anche inaccessibile? Pure la vita sembra il prodotto d' una potenza organica coordinatrice delle funzioni, e preside alle medesime. Adunque sarà da cercare che il principio scientifico muova dagli organi e dalla potenza piuttosto che dalla allusione ad una incognita. In oltre dalla generica idea in fuori, che si precisa mai col nome vitalismo? Pare una scappatoja, un sotterfugio per l'alta filosofica ragione della dottrina, e per valersene secondo che può tornar meglio, sì per l'apparenza scientifica, sì ancora a sostegno delle opinioni preconcette. I Medici tutti, più o meno, diedero necessariamente, concedono, e concederanno valore alla vita; e in sì vario modo la compresero, la spiegano, e spiegheranno da esserne conseguiti, e da doverne conseguire diversi vitalismi. Poi i Vitalisti trascurano la grande influenza che esercitano sulle parti vive le azioni fisiche, e chimiche; e alla vita forse concedono troppa signoria. Il perchè non avrei dato gran valore al vitalismo, e se non sapessi vero, che su questo nome alcuni oggi si fondano, e l'usano, a

principio scientifico in Medicina. Dicessero almeno che cosa ritengono di esprimerne. Non ne diedero (per quanto mi sovviene) la definizione; sicchè resta una gran parola, una parola, che significa un gran fatto, interpretato ed interpretabile variamente, e quindi non confacevole a principio scientifico. Nè vogliate credere avventate queste mie proposizioni.

43. Fino dai tempi più antichi il fatto vita, che per me si riduce ad azione di organi, e a svolgimento di forze, dovea bene chiamare a sè, e chiamò l' attenzione dei pensatori. Fra i più celebri, e giustamente celebrati *Pitagora* lo considerò, e ne pose il principio nel calorico; ma si ha vita, e rigogliosa, anche a temperatura assai più bassa di zero, e langue sotto ai tropici, e più sotto l'Equatore. Secondo *Aristotile* la cagione de'moti vitali era eterea; pensiero concettoso, che molto accenna, e nulla qualifica. *Eraclito ed Empedocle* s' accostarono a Pitagora per la teoria del fuoco. Questi ingegnosi concetti erano pensieri, non deduzioni attinte da fatti bene, ed in copia osservati. Per contrario sono elleno da varii fatti distrutte. Nè Voi ne stupirete. Stimavasi allora, che la sola ragione potesse valere ad astraerne gli spiriti, errore illustre, che alcuni commettono anche oggidì. La ragione è mezzo a dare, e a ricevere luce, di per sè sola non l'è. E di ciò possiamo convincerci nel leggere quanto e della vita e dell' anima avea prima scritto *Platone*. Avea scritto. » Consiste la vita in » fuoco e spirito, e la sorgente alimentatrice ne sta nel san- » gue. Ma la vita non istà nella fisica semplice e nemmeno nella sola chimica organica. Lascio il fuoco pel cenno critico or ora toccato. Ma non ometto di farvi riflettere: che vivono pure i vegetabili, quantunque privi di spirito, e di sangue. Potrebbe taluno pretendere di trovare, nei vegetabili alcun' equivalente? Sia; ma ne sembra falsa la presunzione. In ogni modo quale spirito, e qual sangue alimenterebbero i minerali, se si accogliesse mai l'opinione: che ogni materia vive? Anche l'ossigeno, senza essere nè spirito, nè sangue, un tempo

fu ritenuto cagione di vita, ed in epoca da Noi poco lontana. Ma per quanto l'ossigeno possa essere mezzo a ravvivare lo spirito per le sue molte efficacie sul fisico, fra le quali, in giusta proporzione, quella è di soccorrere alla perfetta ematosi, crederem Noi, che la vita dipenda dall'ossigeno? Ci è ossigeno nelle ovaja, ci è negli ovarii? L'acqua sebbene in parte ne costi, da quanti pesci, da quanti molluschi, da quanti insetti, e vermi, e piante non è dessa abitata, e alla generazione loro interviene l'ossigeno? Tocco di volo sommità, e cose, perchè il tempo stringe. Pure dalle accennate appena, io deduco non valere il vitalismo per sè solo, nè l'ossigenismo a principio di salda Medica dottrina. E non mi dilungo ad offerirvi ulteriori argomenti in appoggio di queste conclusioni, perchè ne tenni già proposito nel primo Capitolo della mia Guida organico-dinamica; e perchè fra pochi giorni ve ne interterrò pure.

44. Quindi mi resta da ultimo una succinta critica sulla dottrina tratta dalla primissima organica manifestazione della vita, dalle celluline, o sulla dottrina cellulare di *Virchow*. Intorno alla quale prima di ogni altra cosa dico: che, quantunque ne sia vero il fondamento, potrebbe tuttavia increscerne l'aggiunto, posciachè se ne potrebbe intendere che alludesse al tessuto cellulare; e forse anche perchè il medesimo attributo servì, e serve a significare un sistema speciale penitenziario. Trascuriamone l'improprietà, e sia in vece pregio della proposta avvertire: che già il sommo nostro *M. Malpighi* l'antividde, e bene l'abbozzò colle sue osservazioni sugli *otricelli*; indi cercare, se quella recentissima dottrina meriti accettazione. In Germania e in Italia ebbe ed ha non pochi oppositori; e le opposizioni, per quanto io ne so, fino ad ora sono tuttavia senza confutazione. Relativamente alla Germania alluderò a quelle principalmente di *Schultze*, *di Bruche*, *di Luschka*, *d'Hayer*, *di Iahn*, *di Welcher*, *di Steffan*, *e di Henle*. E bastino le indicate per non alludere ad altre molte. Rispetto all'Italia alle mie, a quelle di *Sangalli*, *di Gio. Franceschi*, *di Moise Raf-*

faello, di Bufalini, Levi, e di Leopardo Betti. Io mossi non pochi dubbii contro la Patologia cellulare di *Virchow*, e leggonsi nel Vol. diciassettesimo di questo *Bullettino delle Scienze Mediche*, i quali ora non istarò a ripetere per lo scopo di non condurmi troppo in lungo; e per aggiungerne, siccome dianzi faceva pure, altri criterii. Senza ciò io dimando adunque: è egli proprio vero l'assioma fondamentale dell'illustre Patologo di Berlino, ossia *Omnis cellula e cellula?* A me, ed al *Sangalli* pare che non sia da accettarsi in modo assoluto. I due primi Tedeschi nominati or ora, e *Sangalli* stesso videro, che patisce non poche eccezioni, rese incrollabili per essere il frutto di veri attinti dall'Anatomia Fisiologica, e dalla Patologica. *Bufalini* nel T. XI. dello *Sperimentale* confutò la teoria di *Virchow* relativa alla infiammazione, e fece altre gravi obbiezioni, cui *Leopardo Betti* aderì. Il suddetto dott. *Levi* nel Libro — Patologia cellulare considerata ne' suoi Fondamenti e nelle sue applicazioni — giunge persino a concludere, il sistema di *Virchow* totalmente, e pienamente falso e vano, conclusione che stimo esagerata. Io però dimando ancora: è egli credibile che la cellulina, ragione della vita sana, sia quella ancora che fa la malattia? E dato per un momento, ma non conceduto, come spiegare le pneumatosi, e le tante differenze nel corso delle malattie, e quelle che occorrono nel metodo terapeutico delle medesime? Basta ad intenderle stabilire la moltiplicazione, e la trasformazione delle cellule? Ciò avviene pure nell'embrione, nel feto, nella prima età, allorchè l'organismo si sviluppa. Ciò avviene anche in salute, e lungo i processi nutritivi in ispecie, e negli individui che tendono ad impinguare, e s'impinguano in qualunque periodo della vita loro; e in tutti questi casi anche senza il più lieve principio di malattia. In oltre per quanto sia vera e bella la scoperta delle celluline, non se ne deve indurre mica: che la vita consista in un semplice aggregato di celluline. È un fatto indispensabile che a ciò debba intervenire una forza unificatrice; chè gli organismi rappresentano una unità. D'altra parte non pochi

de' nostri rimedii non sarebbero che modificatori di celluline, ed altri ne dovrebbero essere un miscuglio? Tutto l'organismo sia pure un aggregato di celluline; ma quanta non ne sarà la differenza sol' anche nelle fisiologiche? Muscoli involontarii per cellette: volontarii per cellette; abili a sentire nei nervi, inette a ciò nei mezzi di semplice vita organica: cellette diverse nei diversi animali, e nei vegetabili! Il più fino e squisito merito anatomico, sovente però contraddetto in più regioni, non giustifica abbastanza la presunzione concepita da *Virchow* di renderlo principio fondamentale alle Scienze Mediche. Sembra adunque non accettabile il titolo di cellulare Patologia. Questa Patologia non frutta una dottrina generale; ma invece una Scuola Anatomica, ed offre solo la illustrazione più chiara di alcun vero antico e di varii morbosi processi; ed è più fisiologica, che clinica. Aggiungete che la stessa Patologia, a confessione del suo Autore, (notatelo bene) non fa che sostituire la cellula alla fibra; e *Virchow* ne dichiara uguali gli uffici. Confessa ancora: nulla di sicuro in Istologia; nè aversi un punto in cui tutti si accordino; sicchè vedete in che consista il tanto celebrato sistema; vedete se anche nelle Scienze Mediche siamo inferiori agli esteri, se ne bisogniamo, e se convenga aver fede nei medesimi, siccome alcuni nostri connazionali miseramente sostengono. Eppure la Storia insegnò: anche nelle Scienze dannosa all'Italia ogni maniera invasioni, e che dobbiamo attenerci alla sostanza, non già alla apparenza, e in ogni cosa. Atteniamoci a *Benivieni*, a *Malpighi*, a *Morgagni*, a' loro Seguaci nazionali nostri, anzi che a *Virchow*; e usiamo del nostro genio, che all'estero non fu mai inferiore, e parmi che anche oggi non sia.

45. Chi si affidasse alla Patologia cellulare come intenderebbe per la sua proliferazione di cellule la genesi delle malattie intermittenti, delle periodiche a lontanissimi parosismi, e i consimili assalti di asme nervose, di epilessìe, delle convulsioni per vermi, di altre per istentata dentizione, e che cessano quasi di un subito coll' escire di quelli, col taglio della

gengiva? In questi casi si avrebbe in un attimo proliferazione di cellule, che rimarrebbe sospesa in breve, e che poi si rinnoverebbe. E dove andranno le cellule moltiplicate; e come se ne moltiplicano altre a sì grandi intervalli? Dicasi consimilmente dei calcoli, e di non poche irritanti morbifere sostanze. Le alienazioni mentali, molte nevrosi, e nevralgie, i morbi d'inanizione, i profluvii, la clorosi, l'anemia ecc. non ammettono il concetto di nuove cellule, piuttosto il loro difetto, non quello della prolificazione. Molti de' nostri rimedii dovrebbero opporsi alla morbosa prolificazione delle cellule; ma, almeno siccome materie aggiunte al corpo non la accresceranno più presto che scemarla? Come giovano adunque? E giovano pure per alludere ad alcuni, la china, gli alcaloidi, i sali della medesima contro le malattie ricordate in sul principio di questo paragrafo. Nelle atrofie, e ne' marasmi invece di prolificazione di cellule se ne avrà difetto. Ostinandosi a volerne ammettere la prolificazione, saremmo astretti a supporla di ben poche, e minimissime. E senza il più ed il meno di cellule, sia di numero che di grandezza, non se ne dovrebbero avere specie differenti secondo la diversa classe, l'ordine, e il genere delle malattie? E allora, oltre la cellula fisiologica quant'altre mai di morbose? Se poi la prolificazione loro costituisse la patogenesi, dovrebbero le malattie essere curate con un solo metodo, cioè col minorativo, più o men forte, secondo il grado della stessa prolificazione; e ciò in pratica non si scorge, nè qui, nè credo in Berlino stessa. Per le quali riflessioni, e per altre, che potrei aggiungere a maggiore sviluppo di questi miei nuovi dubbii; per le addotte Autorità contrarie alla Patologia di *Virchow*, stimo d'avervi posto in giusta diffidenza per non abbracciarla così alla buona, cioè al pari di quanto si vede intervenire pel maggior numero delle mode. E siccome più che dal ragionamento occorre (e massime in Medicina) lasciarsi persuadere dal valore dei fatti, Ve ne addurrò alcuni bene considerabili, e colle precise parole di *Sangalli*. Egli nel secondo Volume della sua

Storia clinica ed anatomica dei tumori = dimandò ,, Come mai ne' casi di pleuriti e peritoniti con copioso essudato purulento i sostenitori della teoria — Omnis cellula e cellula — potranno propugnare la produzione delle cellule del pus da quelle del tessuto connettivo delle sierose, quando si sa, per la riunione di molti simili casi, che da principio l'essudato è appena torbido, ed offre poche cellule di pus? = Lo stesso Professore di Anatomia Patologica, ornamento del Pavese Ateneo, di nuovo dimandò a Siena in una Seduta di quel Congresso alla quale io presiedeva ,,: La maniera della produzione delle cellule vale forse a fissarci il carattere, la fisonomia delle malattie che ne vengono? Vi ha prolificazione di cellule tanto nel tifo, quanto nella tubercolosi, e nella sifilide, ora mi si dica come da queste derivino le differenze di corso della malattia? E la prolificazione delle cellule ha forse meglio chiarita la natura del tifo, del cancro, della pioemia?»... E seguiva Egli col riflettere: quella prolificazione non poter mai bastare ,, a spiegarci le particolarità delle forme degli esantemi, l'essenza in una parola della malattia. Queste cellule somigliano tra loro tanto nel vajuolo, quanto nell'erpete, nel tubercolo sifilitico, nella pustoletta infiammatoria ». Ciò che *Sangalli* chiedeva per le pleuriti sopranominate non è forse lecito chiedere ancora per l'idro-pericardio, per l'idrocefalo, per l'idrope della spina, per altri parziali versamenti, e per gli anasarchi? E le altre dimande fatte dal medesimo eccedono i giusti confini? A me pare che no; e già prima ci ebbi la mira nella mia *Guida organico-dinamica.* Anche molti di Francia e Inghilterra ce l'ebbero. Abbiatecela Voi pure; e con mente riposata e disciolta dalle influenze, e dal prestigio delle novità: attendete alla investigazione ed all'acquisto del vero già conosciuto, o nuovo. Premunitevi dalle sorprese; e Vi stia pure a cuore di non rendervi ammiratori delle apparenze, delle convenzioni; ma di procacciarvi in vece un retto convincimento della ragion delle cose, e tractelo dalla continua osservazione di un

gran numero di fatti. Non date troppo importanza al microscopio; nè alla patologia cellulare. Il primo induce a scordare le diagnosi essenziali: la seconda annichila la terapia. Quest' ultimo giudizio è anche pubblicato dall' illustre Professore *A. Trousseau*. Di vero alla fine del terzo Volume della sua *Clinica* (Paris 1865) dice: che la patologia cellulare considera l' organismo costituito da elementi eterogenei, e indipendenti; e che quindi rigetta ogni generale modificazione, la quale, siccome Ei soggiunge, non può confarsi ad elementi disparati, e sino ad un certo punto antagonisti. La stessa patologia riduce all' obblio dell' uomo, perchè obbliga il pensiero solo alle cellule, e precipita nell' abisso degli infinitamente piccioli. E più recentemente (Maggio) il Prof. *Sangalli* nel suo *Giornale di Anatomia e Fisiologia patologica* sentenzia *labile* la dottrina fondata sul principio — *omnis cellula, e cellula* — E parmi ne giudichi bene, posciacchè la *cellula* è una realtà microscopica, non un principio scientifico.

46. Comprese ciascuno di Voi, per le discorse cose, quale e quanta sia l' arduità della Patologia generale, che vuol dire della Medicina; e come anche i suoi più alti Cultori non siano riesciti ancora a fornirla del più necessario, o della sicura direzione in ogni parte del suo pratico esercizio. Tuttavia giova sperare di raggiungerla pei nostri metodi migliorati, e per la tanta luce che l' osservazione, e la Filosofia Sperimentale vanno spargendo ogni dì. Queste mie Prelezioni, se toccarono l' infanzia della Medicina, Ve ne resero anche palesi i successivi progressi; epperò esse medesime alimentano, forse non vanamente, una sì cara fiducia. Esse lasciano pure concepire: che i differenti logici principii usati nelle varie età, e la diversa maniera di osservazioni diedero origine alle discusse dottrine: che, sorte appena, si accolsero, più o meno, con fiducia: che trovate poi insufficienti, si abbandonarono: onde natone e riprodottosi l' antifilosofico empirismo: al medesimo succeduti nuovi sforzi sistematici: in questi avere tenuta non po-

ca parte l' orgoglio, e la stranezza perfino di alcuni intelletti. Umane miserie, delle quali è a dolersi; e tanto più, se pongasi necessaria al Medico la modestia, e la rettitudine; e si consideri: essere state in ogni secolo, siccome sono e saranno, uguali le leggi in grande della Natura, e quindi necessariamente uguali pur quelle della vita, e sì in salute che in malattia. Nondimeno si concepirono, e si concepiscono diversamente! E vedesi di peggio, e cioè senza questa varietà di concetti, senza epidemie, costituzioni mediche e topografiche particolarità, introdursi cambiamenti di cure, ed inversi a' metodi terapeutici già sperimentati utili contro date malattie! E non v'ha censura; nè sopravveglianza de' Magistrati Superiori di sanità; sicchè può nascer timore, che si torni più alla Scuola di *Protagora*, che a quella di *Socrate!* Altra grave sciagura, e tanto più rimarcabile per andarsi diffondendo a scapito non solo della umana salute; ma di altri preziosissimi beni non meno necessarii, e proprio tali, al grande scopo di costituire fermamente la nostra Nazionalità, di apparecchiarne e renderne maggiore l'altezza morale, cui meglio di ogni altra cosa potrebbe senza dubbio cooperare la santità bene intesa, e puramente applicata del Cristianesimo.

47. Dopo tutto ciò nutro la fiducia di avere con questa rapida scorsa sulle principali antiche, recenti, e recentissime mediche dottrine compiuto bastevolmente l' assunto che ne impresi, cioè di avervele fatte comprendere nella loro essenziale validità. Confido ancora che possa a tanto avere contribuito, forse anche soddisfatto, la critica istituitane; e che non vi debbano essere forse spiaciuti, e nemmeno forse riesciti vani i pochi ammonimenti che Vi offersi, per essermi nati dall' occasione degli argomenti, e più dallo sperare che mi riguardiate quasi Padre, e mi sia quindi consentito: che io Vi riguardi come Figliuoli. Ne nasca il reciproco affetto, e ci soccorra negli studii comuni. Ora, pei fatti storici negli altri dì, ed in oggi considerati; per le ragioni desunte dai medesimi; e per

la critica colla quale m' ingegnai di offerirvene in succinto il maggiore possibile profitto, concluderei: già postevi sotto gli occhi della mente le principali mediche dottrine, le une alle altre successive: di avervene nominati i più insigni Autori, e fatti di quelle conoscere i fondamenti e gli spiriti, di questi i raziocinii e le congetture: essermene per tal modo apparecchiata la discussione relativa; averla forse non invano, e, con animo libero, bastevolmente raggiunta: risultarne per la medesima meno imperfette le dottrine del solidismo, dell' organicismo, e del dinamismo: racchiudersi il primo nel secondo: non potersene ammettere la sconveniente esclusività dell' uno e dell' altro: entrambi questi scientifici principii intervenire al reale sviluppo di tutti i fenomeni organici: doversi adunque congiungere coll' intelletto, siccome Natura li congiunse di fatto: conseguirne la dottrina organico-dinamica: potersi con questa riparare alle preesistenti imperfezioni; e quindi essa porgerci un mezzo confacevole al migliore avviamento negli studii di Patologia Generale, ed alla più salda pratica utilità medica e chirurgica. Per queste conclusioni, e per l'ultima fra loro, già Voi bene intendeste che io prescelgo la dottrina organico-dinamica, che Ve la raccomando, e Ve la raccomanderò. E ne arguite del pari una specie di mia professione di fede patologica, che sento il dovere di rendervi più esplicita; dovere cui mi prefiggo adempiere nell' Esordio della prossima Lezione.

Del rivolgimento ostetrico esterno in unione al parto prematuro ad arte provocato. Memoria del dott. *Cesare Belluzzi.*

Fra i moderni acquisti dell' Ostetricia, le due operazioni incruente che sono il parto prematuro artificiale ideato alla metà del secolo scorso, ed il rivolgimento ostetrico con ester-

ne manovre eseguito al principio di questo, hanno meritato un posto distinto nell' arte ostetrica presso tutte le più colte nazioni. Con una infatti l' ostetrico sottrae la donna incinta dal rivolgimento interno, che è talora operazione grave per lei e non sempre innocua alla prole; mentre coll' altra risparmia nella gravida affetta da stringimento di pelvi la craniotomia, e le procura il dolce titolo di madre e di nutrice ancora del proprio figlio che non avrebbe altrimenti potuto gustare.

Però se tanta è l' utilità dell' una e dell' altra di queste operazioni disgiunte, che dovrà dirsi allorchè vengano praticate congiuntamente nella medesima donna? Una incinta che sia affetta da stringimento notabile di bacino e per soprappiù il feto sia in essa collocato trasversalmente nell' utero, in quale svantaggiosa situazione non si trova, massime se l' ostetrico viene chiamato a gravidanza a termine o peggio ancora a travaglio così innoltrato, che l' utero sia fortemente addossato al corpo del feto in causa di essere le acque uscite da un pezzo? Or bene la versione esterna praticata a tempo può condurre una delle estremità dell' ovoide fetale all' ingresso del bacino e il parto anticipato dall' arte far uscire colle sole forze della natura attraverso la pelvi diffettosa il feto vivente.

Io ebbi occasione di praticare per due volte la versione esterna congiuntamente al parto prematuro nella medesima donna in due gravidanze successive, e sono questi fatti che rendo oggi di pubblica ragione, perchè gli ostetrici che fecero buon viso al conubbio che proponeva il Iacolucci del parto prematuro provocato e della sinfisiotomia per risparmiare il taglio cesareo, accolgano ancora di buon grado l' altro del parto ad arte anticipato e della versione esterna per scongiurare il difetto di pelvi e la posizione abnorme del feto nella medesima donna.

Ecco in breve l' esposizione dei fatti accennati. Nella sera del 6 Dicembre 1860 fui chiamato per invito dell' egregio sig. dott. *Busi* in allora Medico-chirurgo assistente allo Spedale

Maggiore, presso certa Gertrude Roffi, da molte ore in travaglio di parto; ella aveva avuto altre tre gravidanze: nelle due prime dopo un lungo e penoso travaglio partorì da se, ma le due femmine che nacquero furono assai piccole anche a detto della madre, e vissero poche ore. Nella terza fu operata dal fu sig. dott. *Bigatti*, il quale praticò il rivolgimento che fu lungo, e faticoso massime nel disimpegno del capo e condusse fuori un feto morto.

Visitando la donna insieme al nominato collega trovai che presentava mostre decise di rachitide sofferta, e il difetto principale consisteva in una curvatura esagerata della colonna vertebrale alla regione dei lombi verso l' interno del catino. Il riscontro interno trovò procidenza del funicolo ombellicale non più pulsante, la bocca uterina dilatata completamente, e nessuna presentazione del feto; la palpazione esterna invece avvertiva il capo fetale nella fossa iliaca sinistra; col dito indice poi si giungeva a toccare il promontorio del sacro, e poteva valutarsi il diametro sacro-pubico del distretto superiore di 3 pollici circa.

Essendo l' utero addossato fortemente al corpo del feto, per essere le acque colate da un pezzo, non poteva pensarsi al rivolgimento, indicato forse in tale grado di stringimento, essendo il feto morto, e d' altronde i dolori strazianti ai quali la donna era in preda dimandavano fosse sollecitamente soccorsa.

Io cercai adunque di condurre il capo del feto contro l' ingresso del bacino con esterne pressioni, al che riescii con facilità, quindi mi proposi di esperimentare il forcipe. Tentato però inutilmente ci decidemmo alla craniotomia essendo il feto sicuramente morto. Dopo ciò con valide trazioni condussi il capo del feto nell' escavazione e quindi lo estrassi completamente; il medesimo era piuttosto sviluppato.

Passato il puerperio, che fu felicissimo, feci altre ricerche sulla conformazione della donna ed ebbi i seguenti dati. L' altezza del corpo era Cent. 147. Il diametro esterno antero-

posteriore della pelvi, quantunque la donna fosse molto pingue, era di pol. 6. 9 (Cent. 18. 3). Col riscontro interno poi digitale e strumentale si confermava essere il diametro retto del distretto superiore circa tre pollici. Constatato tale diffetto di pelvi da mancare un pollice nel diametro nominato io ed il Sig. Dott. *Busi* proponemmo alla donna se fosse rimasta nuovamente incinta il parto prematuro artificiale.

Passati infatti pochi mesi ella rimase incinta, ed avvertita in precedenza di tener conto esatto dell' epoca dell' ultima menstruazione e dei primi moti attivi del feto, potei in unione agli altri dati stabilire in modo molto approssimativo l' epoca della gravidanza. Agli ultimi di Gennaio 1861 rivide le sue purghe per l' ultima volta, e ai 23 Giugno seg. avvertì i primi moti fetali.

Il 7 Ottobre volli visitare la donna in letto per prendere anche cognizione del volume del feto onde valutare pure questo elemento nel fissare l' epoca opportuna per determinarmi alla provocazione del parto. M' accorsi allora con mia sorpresa colla palpazione addominale che il feto era collocato precisamente in posizione trasversale, essendo vuoto il ventre al dissopra del pube; l' esplorazione interna poi praticata da me e dalla levatrice Signora Rosa Casanova lo confermava. Pensai allora di procurare il rivolgimento colle manovre esterne, nel che riescii facilmente imprimendo piccole scosse al capo fetale all' imbasso verso il pube ed altre alternate sulle natiche in senso contrario. Ripetuta dopo l' esplorazione internamente anche dalla nominata levatrice, fu messo fuori di dubbio essere il capo fetale disceso in basso. Praticai una fasciatura con addatte compresse sul ventre ed ingiunsi alla donna di rimanere in letto.

Nel dì 9 Ottobre, ritenendo la donna giunta verso la fine dell' ottavo mese, si cominciarono le docciature uterine tiepide colla pompa del Kivisch modificata dal *De-Billi*, che proseguii nei giorni seguenti, facendone 2 nel 5.° giorno. Un

fatto che merita di essere notato si è che dopo la prima docciatura la donna ebbe uno sgorgo di latte dalle mammelle molto abbondante, il quale dimostra anche una volta la grande simpatia che corre fra questi parti. Nel 6.° giorno delle injezioni cominciarono i dolori preparatori, nelle 10 della sera la dilatazione della bocca dell' utero era quanto uno scudo toscano e la borsa delle acque già formata; il capo però non si abbassava, per cui nelle 11 ruppi le membrane onde favorire la discesa del medesimo. Dopo alquante ore di riposo i dolori ripresero energia e nelle 3 pom. del dì seguente la donna partorì un feto vivente, in 2.ª posizione del vertice; l' espulsione della placenta fu pure regolare.

La bambina dopo poche ore della nascita si attaccò assai bene al petto avviato di donna che allattava, e mostrava tutta l' attitudine a vivere, sicchè la gioia della madre era completa, sperando ancora potere allattarla da se, il che avvenne infatti scorsi due giorni. La puerpera si alzò dal letto il 5.° giorno dal parto trovandosi bene in salute.

Le misure prese sulla neonata il giorno dopo la nascita furono le seguenti, che sono quelle di un feto ottimestre.

Diam. Occip. mentale . . .	p.	4, 8.	Cent.	12, 8
Mento frontale.	,,	4 scar.	,,	10, 8
Sotto-occip. breg.	,,	3, 3.	,,	8, 9
Occip. front.	,,	4 scar.	,,	10, 8
Bi-parietale	,,	3	,,	8, 2
Bi-temporale	,,	2, 9.	,,	7, 5
Circonfer. del capo	,,	12	,,	32, 7
Altezza del corpo.	,,	16, 6.	,,	44, 8

Il suo peso era di Grammi 2940.

Non credo poi di tacere che la differenza di un terzo di pollice o millimetri 7 fra il diamero sotto-occipito bregmatico e il diametro sacro-pubico pel quale era passato non inferma il risultato della pelvimetria, trovando spiegazione nella riducibilità del capo fetale: la quale è anche maggiore nel feto non a termine.

La donna adunque attendeva all'allattamento della sua bambina, la quale era giunta all'età di 14 mesi, quando s'accorse d'essere nuovamente incinta e la slattò quindi senza danno.

Tenne calcolo dell'ultima menstruazione, dell'epoca nella quale avvertí i primi moti attivi del feto e alla fine di Giugno 1863 la visitai in compagnia del Sig. Dott. *Busi*. Trovammo, come l'altra volta, una posizione perfettamente trasversale del feto (1), e si convenne per gli esami fatti di cominciare a procurare il parto li 8 Luglio.

Nella domenica 29 Giugno però feci venire l'incinta in mia casa per farla visitare alla novella levatrice della Maternità, Maria Atti, e alle Alunne praticanti Rubbi e Trovatelli, oltre alla Signora Casanova levatrice dell'incinta.

Feci loro vedere che il feto era collocato trasversalmente nell'utero, e che il capo era a sinistra e per la rotondità e durezza maggiore che avvertivasi da quel lato e per la vicinanza maggiore ad essa del battito cardiaco fetale. Praticai in loro presenza il rivolgimento esterno, che riescì assai facile per l'abbondanza del liquore dell'amnios: misi un fasciatore ostetrico colle adatte compresse e la donna partì.

Nel dì 8 Luglio la visitai in sua casa in compagnia pure del Sig. dott. *Busi* e trovammo che il feto era collocato di nuovo trasversalmente, ma questa volta non si giunse a distin-

---

(1) Bisogna dire che le posizioni trasversali del feto non siano tanto rare, meno poi che sieno impossibili come alcuno pensa. Anche pochi giorni sono ebbi campo di praticare una versione esterna in una donna gravida nell'8.° mese, nella quale il feto era collocato in *posizione perfettamente trasversale*. Ad essa erano presenti, i Signori dottori *Pilla* e *Fabbri Ercole* attuale assistente della Maternità. E invitai pure le Levatrici praticanti della Maternità stessa, le quali io istruisco nella pratica ostetrica, perchè non dimenticassero la possibilità della versione esterna. Anche in questo caso potei effettuarla facilmente e riveduta la donna dopo pochi giorni, il feto si manteneva bene collocato.

guere con sufficiente chiarezza da qual parte si trovasse il capo del feto. Feci di nuovo il rivolgimento con poche manovre esterne, applicai il fasciatore e le compresse necessarie e ingiunsi alla donna di non alzarsi più dal letto.

Nel dì seguente cominciai le iniezioni e per ottenere l'intento con maggior sollecitudine mi giovai anche della sciringa; ma ad onta di averla applicata 12 ore il dì 11, e passato un giorno per 34 ore non vidi maggior prestezza nel comparire il travaglio; invece poche prese di segala ebbero molta influenza ad accrescere le contrazioni uterine nate cogli altri due mezzi indicati. Nel 16 Luglio ossia dopo 8 giorni si dichiarò l'aspettato travaglio che mantenutosi lento per tutta la giornata si rese più energico a notte avanzata, cosicchè nelle 3 ant. del 17 fu chiamato il Sig. dott. *Busi*, essendo io infermo, e trovò che il feto era espulso per la parte dei piedi per 2 terzi del suo corpo, col dorso in alto e colla testa e le mani impegnate nel distretto inferiore.

» Uncinai (egli mi scriveva) le braccia mediante l'indice
» ed il medio della mia mano destra, e procurai, estratte che
» ebbi le braccia, colle dita stesse di far forza sul mento,
» onde portare la testa del feto alla posizione occipito-co-
» tiloidea destra, siccome da questa parte tendeva portarsi,
» e uncinando con delicatezza la mandibola inferiore coll'in-
» trodurre le dita nella bocca del feto, mi riuscì con abbastan-
» za facilità l'estrazione ».

Il feto però che al principio della sua nascita era vivo, escito del tutto non diede più segno di vita: il secondamento fu regolare e il puerperio felicissimo. Egli è da ritenersi che trovandosi presente il chirurgo all'atto del parto e sollecitando la sortita del feto questo pure sarebbe nato vivente.

Questi fatti sono troppo parlanti perchè debba spendere molte parole onde provare l'utilità di unire nella medesima donna la versione ostetrica esterna ed il parto ad arte anticipato; e invece non sarà inutile il passare in rivista le indica-

zioni e controindicazioni per la versione esterna onde vedere in seguito dell'unione di queste due operazioni incruente quale modificazione sia alle medesime da apportarsi.

Il *Wigand* di Amburgo che praticò pel primo il rivolgimento esterno, dopo avere rese pubbliche per le stampe le idee che nutriva intorno il medesimo, fissava le seguenti indicazioni.

1.° Che il feto goda di molta mobilità, per essere sempre intatto il sacco delle acque, o almeno che queste sieno di poco e non in totalità scolate.

2.° Che i dolori e le contrazioni si compiano regolarmente, cioè nè esagerate nè insufficienti.

3.° Che le pareti addominali sieno piuttosto sottili.

4.° Che le pareti dell'utero godano sotto la pressione esercitata dall'ostetrico di una certa elasticità e non sieno dolenti.

5.° Infine che vi sia buona conformazione del bacino.

Le controindicazioni pel medesimo erano le seguenti:

Dal lato della madre.

1.° L'emorragìa, le convulsioni, e tutte le complicazioni che rendono necessaria la sellecita evacuazione dell'utero.

Dal lato del feto.

2.° La procidenza del funicolo ombellicale.

3.° La gravidanza gemella.

4.° Le deformità del feto.

A queste indicazioni e contro indicazioni furono fatte varie modificazioni, 2 anni sono, in un articolo del dott. *Niver* (1) che fu copiato e ricopiato dal giornalismo medico; anzi non avendo incontrato alcuna critica, si ha ragione di credere che le idee nel medesimo espresse sieno generalmente

---

(1) V. Bull. delle Scienze Med. Chir. di Bologna anno 1863 Fasc. d'Agosto p. 150.

ricevute ed esprimano lo stato della Scienza intorno a tale argomento.

Il *Niver* adunque esposti i precetti del *Wigand* per la versione esterna; osserva riguardo alle indicazioni.

1.° Che è possibile la versione anche ad acque completamente scolate e con inerzia dell'utero.

2.° Non ammette fra esse l'emorragia per impianto della placenta sul collo dell'utero, perchè può essere frenata dalla contrazione che avviene dopo la rottura delle acque per la pressione esercitata dalla testa del feto.

3.° Come pure non riconosce per tale la procidenza del funicolo, siccome può essere rintrodotto.

4.° Se poi la versione esterna si pratica nel travaglio del parto, non crede si debbano esercitare le manovre durante le contrazioni uterine.

Ora io aggiungo che fra le controindicazioni per la versione esterna và cancellata ancora la ristrettezza del bacino; che anzi in essa è di una utilità maggiore, giacchè o è praticata distante dal termine della gravidanza e allora rende possibile e profittevole il parto prematuro, che non lo sarebbe altrimenti; o viene effettuato a termine di gestazione e se il diffetto non è eccessivo può il feto sortire per l'estremità pelviana, meglio che pel capo, come lo ha dimostrato fra i primi il celebre *Monteggia*. Dai due casi di rivolgimento per me narrati poi, oltre ad altri fatti simili che mi appartengono, sono condotto a concludere:

1.° Che quantunque difficilmente, pure si danno posizioni perfettamente trasversali del feto entro l'utero.

2.° Che una condizione che le favorisce è la ristrettezza del bacino dall'avanti all'indietro, e la precedenza di parti laboriosi e di operazioni ostetriche, massime il rivolgimento, che tendono ad aumentare il diametro trasversale dell'utero.

3.° Che effettuato il rivolgimento con esterne manovre il feto riprende facilmente la posizione primiera.

4.° Che colla stessa facilità si riconduce nuovamente alla posizione corretta, nella quale si può poi mantenere con adatte fasciature e compressioni non che colla giacitura in letto.

Queste conclusioni sono di qualche importanza perchè non ammesse ancora da qualche ostetrico distinto. Ma lo scopo precipuo di questo mio tenue lavoro si è il dimostrare l'utilità di praticare congiuntamente nella stessa donna, il rivolgimento ostetrico esterno ed il parto provocato, le quali due operazioni, io spero gli Ostetrici ne converranno, sono destinate ai più felici e brillanti successi.

SUNTO DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Ortopedia. — sulla scoliosi, o deviazione della colonna vertebrale. — Memoria del Prof. Eulemburg di Berlino.

I. *Definizione e Divisione* — La scoliosi deve essere divisa in *miopatica* e *osteopatica*. La prima è l'effetto d'una disarmonia nell'antagonismo fisiologico dei muscoli, che agiscono a'due lati della colonna: se è cagionata da una posizione viziosa e abituale del tronco, inducente esercizio ineguale dei muscoli laterali della colonna, dicesi *scoliosi abituale*. La scoliosi *osteopatica* è d'ordinario effetto di rachitismo e specialmente di affezione rachitica della colonna vertebrale; e si chiama *scoliosi rachitica*. In altri casi meno comuni è prodotta da un'affezione infiammatoria o tubercolosa della colonna; nel qual caso forma una deviazione angolare, analoga alla gibbosità angolare, dovuta al morbo di Pott. Alla scoliosi osteopatica si possono ascrivere eziandio i rari casi di formazione morbosa congenita della colonna, detta scoliosi congenita da alcuni autori, ma che non è a confondersi colla scoliosi ereditaria, la quale è ben più frequente, avendone l'A. notato u-

na disposizione evidente 73 volte in 300 casi. V'ha ancora la scoliosi empiematica, seguito di empiema, e la statica, dovuta all'accorciamento di un arto inferiore. Le forme più comuni sono: la *cervico-dorsale*, la *dorso-lombare*, la *lombo-sacrale*.

II. *Direzione Fisiologica della colonna vertebrale.* — Qual è l'influenza, dal lato patogenico, dei battiti del cuore e delle pulsazioni delle arterie sugli incurvamenti laterali del segmento dorsale nella scoliosi abituale? Circa la scoliosi fisiologica ammessa da *Bühring* e che *Bouvier* risguarda come lo stato rudimentale, » il germe della scoliosi patologica esiste desso, e quale ne sarebbe la cagione? » Da parecchi anni l'A. ha consacrato il suo studio a questa pretesa deviazione laterale fisiologica, e a tal uopo esaminò un gran numero di scheletri d'individui sani. Or bene; nella massima parte degli scheletri, specialmente maschi, non ebbe a riscontrare veruna deviazione laterale. In altri non ebbe a notare che le apofisi spinose dorsali leggermente deviate a destra.

L'A. attribuisce tale deviazione all'uso predominante della mano destra, in seguito al quale ne viene una maggiore attività ne' muscoli della spalla e precipuamente di quelli che uniscono la scapola alla colonna vertebrale, e fra gli altri del trapezio e del romboide. Ma la relazione di questi muscoli colla colonna è tale che le apofisi spinose possono venirne appena leggermente incurvate a destra; ma giammai lo può il corpo delle vertebre. Adunque questa deviazione spinosa non si può chiamare scoliosi fisiologica. Rispetto all'azione poi del cuore e dell'aorta, la si può veramente ritenere affatto nulla. Ciò che rafferma l'A. in questa opinione si è, che in due mancini egli trovò le apofisi spinose dorsali leggermente inclinate a sinistra; inoltre, Otto di Breslavia, in un caso in cui l'aorta trovavasi a destra, trovò cionullameno la curvatura laterale convessa pure a destra; il braccio destro era in questo individuo più muscoloso che il sinistro. Non è quindi da ammetter-

si una scoliosi fisiologica; ma ogni curvatura laterale permanente della colonna vertebrale è da riguardarsi siccome patologica.

III. *Movimenti fisiologici della colonna vertebrale.* — Malgrado questa parte sia trattata come le altre con molta diligenza ed esattezza, non trovammo in essa nulla di speciale nè di nuovo che meritasse particolare menzione.

IV. *Patogenesi ed etiologia della scoliosi.* — La direzione ondulatoria, dall' indietro all' innanzi, della colonna vertebrale, quale si osserva nell' adulto, è a riguardarsi siccome effetto dell' azione muscolare. Difatti, nel neonato queste curvature sono pressochè insignificanti: esse sono dovute agli sforzi che fa istintivamente l' individuo per mantenere il suo corpo in equilibrio nella posizione verticale; il che risulta evidente dalle grandi masse muscolari, nicchiate nelle concavità della regione cervicale e lombare. Queste curvature fisiologiche, formate che sieno, vengono mantenute e per qualche parte aumentate dal peso delle parti superiori.

La causa più frequente delle deviazioni della colonna vertebrale in generale e della scoliosi abituale in particolare, risiede in una disarmonia, in una ineguaglianza nell' energia dei muscoli. Ma quest' equilibrio può essere turbato da cagioni bene differenti: p. es. quando i muscoli antagonisti della colonna rimasero rispettivamente e lungamente in contrazione o in rilasciamento, la deviazione avverrà nel senso dei muscoli contratti.

Un' analogia incontrastabile è a notarsi fra le deformità muscolari della colonna vertebrale e quelle delle articolazioni delle estremità inferiori, quali il piede equino, varo, valgo ecc. E anche in questi casi conviene ammettere quali cause della scoliosi: 1.° l' accorciamento; 2.° l' allungamento patologico d' un muscolo o d' un fascio di muscoli.

1.° L' accorciamento patologico comprende: *a*) la contrazione, cioè l' accorciamento permanente, ma suscettibile di e-

stensione; *b*) la retrazione, cioè l' accorciamento permanente, non più suscettibile di estensione, in causa di un' alterazione nella struttura del muscolo stesso. L' A. non ammette come causa di scoliosi quest' ultima forma di accorciamento primario, non avendolo osservato che 10 volte su 1000, e anche allora per causa reumatica.

2.° L' allungamento patologico comprende: *a*) la paralisi, nella quale v' ha cessazione e diminuzione più o meno cospicua dell' influenza nervosa; il rilasciamento, nel quale la contrazione de' muscoli è relativamente inadeguata. La colonna vertebrale si curva e diventa concava per la contrazione involontaria, ma del tutto fisiologica, de' muscoli antagonisti sani; i muscoli malati e allungati si trovano di tal modo alla convessità della curva. I muscoli della concavità, primitivamente sani, furono necessitati per cause fisiologiche accorciarsi e perseverare nell' accorciamento per la debolezza degli antagonisti. Però è da osservarsi, che nella scoliosi l' allungamento patologico de' muscoli d' un lato devesi ben di rado alla paralisi; nel più gran numero dei casi l' A. ha scontrato questi muscoli allungati, ma non paralitici.

Il più gran numero delle scoliosi proviene senza dubbio da una posizione anormale della colonna, adottata, ripetuta, continuata per disposizione, per abitudine, per istinto, per bisogno. Nella fanciullezza l' occasione più propizia si è l' atto dello scrivere, ed è infatti dopo il sesto anno di età che si scorgono i primi segni della scoliosi muscolare. Osserviamo infatti la posizione in cui trovasi la colonna nella maggior parte dei fanciulli, che scrivono colla mano destra, seduti al tavolo, col fascicolo dinanzi ad essi, posto obliquamente da sinistra e in alto a destra e all' inbasso, e noi avremo in questo atteggiamento il ritratto preciso della scoliosi.

Il segmento dorsale forma una curva a convessità destra, che si estende press' a poco dalla terza alla nona e decima vertebra dorsale. Una seconda curva meno rilevata, ma a con-

vessità sinistra, si appalesa dall' ultima vertebra dorsale all' ultima lombare. La forma di un S della colonna vertebrale deviata lateralmente trovasi in questo atteggiamento nettamente pronunciata: talvolta osserviamo perfino una terza curva alla colonna cervicale a convessità sinistra, e una quarta, costituita dalla deviazione del sacro e dell' osso dell' anca a convessità destra. Così vediamo disegnarsi la rotazione della spalla quale di solito si appalesa nella scoliosi. Le vertebre dorsali sono ritorte sul loro asse-verticale in guisa che i corpi sono volti a destra e le apofisi a sinistra: di modo che il torace sembra quasi rientrare all' indentro nella sua metà destra. Ciò contribuisce inoltre a che le scapole stesse si presentino in posizione innormale: e siccome esse seguono necessariamente la rotazione del torace; così la destra fa rialzo a preferenza della sinistra. Questo movimento delle scapole è coadjuvato da altra cagione fisiologica. La scapola si accosta alla colonna a mezzo del trapezio e dei romboidei, ed è addossata contro il torace dal muscolo gran dorsale. Ora, nel vizioso atteggiamento in cui si pone il fanciullo nell' atto dello scrivere, questi muscoli sono in maggiore contrazione a sinistra che a destra, poichè il fanciullo s' asside in guisa che le vertebre dorsali sorpassano a destra di non poco la linea mediana; l' articolazione cubitale destra si trova molto allontanata dal tronco; mentre invece il braccio sinistro è fortemente appoggiato contro la metà sinistra del torace, la quale presenta una concavità pronunciata. Aggiungi, che la spalla destra è più elevata della sinistra, e la scapola destra fa sul didietro un rialzo dovuto in parte alla maggiore curvatura delle coste e alla rotazione delle vertebre sul loro asse da sinistra a destra, e in parte alla contrazione trascurata dei muscoli agenti direttamente sulla scapola destra. Di tal guisa si spiega come i muscoli sumenzionati del lato destro perdono a poco a poco della loro energia e giungono all' incapacità di mantenere colla loro continua azione la spalla in posizione normale.

La deviazione del segmento dorsale, concavo a sinistra, dovuta a questo vizioso atteggiamento, significa, fisiologicamente parlando, che que' muscoli flessori laterali sono contratti attivamente, mentre che quelli del lato opposto alla convessità sono poco o punto attivi, e si trovano quindi in uno stato di rilasciamento. Questo vizioso atteggiamento, ripetendosi di sovente e per lungo tempo, indurrà, un ineguale esercizio de' muscoli della colonna e la direzione normale di questi muscoli non potrà a meno di non risentirsene. Il fanciullo potrà ancora per qualche tempo raddrizzare volontariamente la colonna, ma oggimai non potrà mantenerla eretta. Dal che ne viene che il primo grado della scoliosi abituale dorsale destroconvessa consiste nella diminuita energia fisiologica de' muscoli flessori laterali di un segmento della colonna a destra, e deviazione a curvatura concava sinistra di questo stesso segmento, in seguito alla contrazione dei muscoli antagonisti sani.

Oltre queste condizioni fisiologiche ve n' ha eziandio di fisiche che enumereremo brevemente. L' attività predominante di un' estremità superiore destra è causa importante nella patogenia di una scoliosi, che si riproduce così di sovente col medesimo tipo. Ciò è ammesso e riconosciuto generalmente, ma merita di essere chiarito in modo più corretto che non siasi usato finora.

Si ammetteva infatti che coll' uso predominante del membro destro si esercitassero davantaggio i muscoli situati a destra del segmento dorsale della colonna, e che la maggiore attività muscolare fosse la prima cagione che traesse questo segmento fuori della linea mediana. In questa ipotesi erano i muscoli dal lato della convessità che si trovavano in istato di *iperattività*, e su quest' ipotesi si basava la terapia. Ma cotesto è uno di quegli errori che, come tutti gli errori tradizionali, si propagò, si radicò, ma che una diligente osservazione basterà a confutare del tutto.

E prima di tutto, l' A. nega l' esistenza di muscoli che avrebbero facoltà di attrarre le vertebre fuor della linea mediana. Si attribuisce una tal proprietà alla porzione dorsale del trapezio e de' romboidali. Ma le nozioni anatomiche assegnano loro come punto fisso la colonna, e come punto mobile la scapola, e non il contrario che sarebbe impossibile. Ma la patologia conferma anch' essa l' anatomia. Se officio di questi muscoli fosse quello di tirare la colonna vertebrale a destra, sarebbe necessario che le loro inserzioni, che sono le apofisi spinose, fossero pur volte a destra; mentre che più di sovente e a cagione della rotazione delle vertebre, queste apofisi sono volte a sinistra verso la concavità.

L' A. attribuisce all' uso predominante del braccio destro una notevole influenza sullo sviluppo della Scoliosi; ma questa influenza non potrebbe ad ogni modo essere che indiretta. Sono invece i muscoli flessori laterali sinistri che sono tratti ad un esercizio più attivo. Quando noi solleviamo un peso col braccio destro noi curviamo involontariamente la parte dorsale della colonna con la concavità a sinistra: ciò è istintivo per non essere trascinati dal peso a destra e perdere di tal modo l' equilibrio. Ma appunto in questo atteggiamento sono indubiamente i muscoli sinistri della concavità, detti flessori laterali, che si *contraggono attivamente*, e non quelli della destra; i quali invece cedono alla potenza della contrazione e dell' accorciamento de' loro antagonisti: essi sono più ch' altro passivi e in istato quindi di rilasciamento e di estensione.

Una facile esperienza può convincere ognuno della giustezza di tale opinione, ed è, obbligando l' infermo di scoliosi a raddrizzare la colonna vertebrale. Ciò non sarà possibile, se non cercando di approssimare le une alle altre le apofisi trasverse del lato convesso della curva; ma tale risultato non potrà attingersi dall' infermo, se non contraendo i flessori del lato convesso, il che prova che la scoliosi è prodotta e mantenuta infatto dalla diminuita energia di questi muscoli. L' er-

rore segnalato consiste quindi nell' assimilare che tortamente si fa dell' attività muscolare del braccio con quella della colonna. Non si vide che l' uso predominante del braccio destro o sinistro non può esercitare sulla patogenesi della scoliosi, che un' azione indiretta; e che gli atteggiamenti presi dall' infermo, sia per comodo, sia per abitudine, sia per bisogno, imprimono alla colonna una flessione, un movimento di rotazione, che dipendono, non da movimenti del braccio o della spalla, ma bensì dalla compartecipazione in cui vengono tratti alcuni muscoli della colonna a' movimenti dell' arto superiore. Imperciocchè noi possiamo agire esclusivamente coll' un braccio o coll' altro, e ciò nullameno lasciare i muscoli della colonna agire simmetricamente. Ma fatalmente i fanciulli non agiscono di sifatta maniera, e la debolezza muscolare sì frequente, specialmente nelle fanciulle, ingenera un' ineguaglianza di attività muscolare, che alla lunga produce un' ineguaglianza permanente nella dinamica muscolare. L' A. giustamente insiste su tale antico errore e lo combatte vigorosamente, perchè esso ebbe ed ha tuttogiorno le più funeste conseguenze nella terapia. L' opinione dell' A. si può quindi formulare così: nella scoliosi abituale, i muscoli indeboliti sono quelli che si trovano locati alla convessità della curvatura morbosa. Ricordiamo per ultimo che non di rado la scoliosi esordisce dal segmento lombare della colonna; e di vero, ne' primordii non si nota il più di sovente che la deviazione della porzione lombare con convessità a sinistra, deviazione che talora comprende anche le due ultime vertebre dorsali.

In seguito a numerose ricerche instituite allo scopo di risalire all' origine di questa scoliosi lombare, l' A. sarebbe venuto nella credenza che anche questa scoliosi sia dovuta a certi atteggiamenti abituali, a certe azioni muscolari fisiologiche, e precipuamente all' uso predominante della gamba destra quando il fanciullo è in piedi, in una parola alla stazione. Egli osservò che nella scoliosi primitiva lombare sinistro-con-

vessa, i fanciulli, essendo in piedi, avevano il mal vezzo di gravitare con tutto il peso del tronco sulla gamba destra e sulla metà destra del bacino. Ora non cade dubbio che tale abitudine non sia legata all'uso predominante del braccio destro, non potendosi ammettere che tale abitudine sia ingenerata in tanti fanciulli senza alcuna ragione intrinseca e per mero capriccio. Questo atteggiamento, che sposta la base di gravitazione del centro del bacino, diventa in breve una viziatura cui il fanciullo acconsente senza addarsene, e cui in seguito non potrà più opporsi senza grave sforzo. Il medesimo accade nei fanciulli deboli di muscoli quando sono seduti (p. e. in iscuola); il centro di gravità non cade fra gli ischi, ma su quello del lato destro, in guisa che tutto il peso del corpo riposa sulla metà destra del bacino. A convincersi di ciò basta ordinare al fanciullo di riportare il peso del corpo sulla gamba sinistra (in stazione eretta) o sull'ischio sinistro (quand'è seduto): la curvatura lombare scompare sull'istante, purchè non sia già arrivata ad una deformazione sensibile nelle parti cartilaginee ed ossee.

Esaminiamo ora la influenza di questo atteggiamento sullo sviluppo della scoliosi lombare. Per l'aumento di peso che sostiene la metà destra del bacino, l'attività muscolare si mostra presso a poco ad una altezza di due vertebre fino al di là della musculatura che incurva la porzione lombare della colonna vertebrale, con concavità destra. Questa musculatura si trova in uno stato di contrazione fisiologica; mentre la parte corrispondente a sinistra è in una relativa inazione; da questo lato, l'attività diminuisce di più in più per l'abitudine; e con essa diminuisce naturalmente la energia dei muscoli al punto di non poter più controbilanciare quella dei loro antagonisti. Essi rimarranno accorciati a destra, perchè essi non si contraggono a sinistra. Per questo predominio di attività della musculatura destra del bacino, in atteggiamento, l'A. spiega anche lo sviluppo più considerevole della metà de-

stra del bacino e dell'anca, che è costante nella scoliosi. In seguito a che, la scoliosi abituale riveste, in generale, un tipo determinato, comunque suscettibile di molte varietà quanto a localizzazione. Così la curvatura comincia talora, con posizione inclinata del capo, da una scoliosi delle vertebre cervicali, la quale guadagna poi anco le dorsali superiori, e via, via. Ma tale diversità non può spiegarsi che colla partecipazione istintiva del corpo all'azione primitivamente fisiologica dei muscoli. Del pari, la rotazione attorno all'asse cervicale che noi troviamo nell'attitudine del corpo, scrivendo, è originariamente un atto fisiologico dei muscoli rotatori della colonna.

Una volta che abbia cominciato la deviazione laterale della colonna, si preparerà poco a poco alla estremità opposta della colonna una seconda deviazione laterale di un segmento vertebrale; sarà questa una curvatura consecutiva, secondaria o di compensazione; si spiega facilmente per l'istinto dell'individuo a ricondurre il peso del tronco e del capo verso il centro della base di sostentamento.

Un errore tradizionale, ammesso fin qui generalmente, e che l'A. si occupa di confutare, quello si è di considerare la crasi scrofolosa quale predisponente alla scoliosi; tra i molti bambini affetti da scoliosi, egli ha così raramente osservato qualche sintoma di scrofola; che si fa lecito di negare categoricamente questa influenza. Gli è sugli organi passivi della locomozione, sinoviali; cartilagini, ossa, che la scrofola esercita i suoi danni; essa ha una fisionomia caratteristica: è il male di Pott che presenta, quando i corpi vertebrali sono distrutti, la gibbosità angolare. In alcuni rari casi, nei quali il male di Pott colpisce le apofisi trasverse o una porzione laterale dei corpi vertebrali, potrà formarsi una curvatura laterale angolare; solo questi pochi casi, se non sieno di natura tubercolosa potranno attribuirsi a disposizione scrofolosa, ma in quale minoranza!

Dopo l' assidua attenzione che l' A. ha consacrato a questo argomento per una serie di anni, e con sì grande suppellettile di osservazioni, giunse a concludere, che almeno 85 per 100 delle scoliosi sono dovute a rilassamento dei gruppi muscolari, laterali, flessori e rotatori, locati al lato convesso della colonna vertebrale.

Se adunque per questo rilassamento, si esclude l' affezione scrofolosa quale causa predisponente, quale sarà poi questa causa?

Per l' A., la predisposizione alla scoliosi abituale, sta in una costituzione debole, tesa, molle; la quale può essere congenita od aquisita, e ciò per educazione fisica difettiva dei bambini. Si spiega di tal modo la frequenza predominante, così notevole, di questa affezione nelle fanciulle; giunge fino al 10 per 100 comparativamente ai maschi. Il maggior numero delle scoliosi si sviluppa nel primo anno di frequentazione delle scuole.

In base alla sua statistica, comprendente 300 casi, il maggior numero cade fra i 6 a 7 anni, poi dai 7 a 10 anni, nel quale periodo giunge alla cifra di 159, cioè del 53 per 100. A sei anni, i fanciulli cominciano ad andare alla scuola. Il fanciullo, libero fin allora ne' suoi movimenti, è obbligato a rimanere quotidianamente seduto da 4 a 6 ore; egli si affatica e specialmente le fanciulle; poichè ai momenti di ricreazione, il maschio può ancora esercitare i suoi muscoli, in modo vario, mentre si costringono le fanciulle a rinunciare troppo presto ad esercizii che potrebbero fortificarle, e che si riguardano come moti inconvenienti; sentimento di pudore mal adoprato e che ha per effetto di ritardare lo sviluppo muscolare. Ciò concorda col fatto da esso e da altri osservato, che la scoliosi si sviluppa talvolta immediatamente dopo la pertosse, i gravi esantemi, o successivamente ad altre malattie che lasciano grande postrazione di tutto l' organismo e specialmente dei muscoli.

Oltre la debolezza muscolare, come causa predisponente, deesi ammettere anche il rachitismo, ma non così frequentemente quanto si crede. Questa affezione colpisce le ossa lunghe più spesso delle vertebre. Di più, egli osservò che le curvature vertebrali rachitiche si mostrano d' ordinario, nel secondo anno; egli non ricorda verun caso in cui siensi sviluppate dopo il sesto anno. Trovò questa scoliosi rachitica più frequente ne' maschi che nelle femmine (il contrario di ciò che vedemmo nella scoliosi muscolare). È inoltre interessante il registrare che in questa scoliosi mostra d' ordinario la convessità della curva a sinistra. Un quadro statistico compilato dall' A. somministra il risultato seguente:

Scoliosi *rachitica destra*: scoliosi *rachitica sinistra*:: 5 : 9
Scoliosi *muscolare destra*: scoliosi *muscolare sinistra*:: 257 : 9

Gli stessi risultati statistici furono ottenuti da *Heine Lanstatt*, dopo 25 anni di osservazioni. Non sono quindi un semplice accidente: ma quale ne è il motivo? L' A. l' attribuisce a ciò, che pressochè tutte le balie portano i bambini sul braccio sinistro; in questa posizione, il bambino rachitico che dura fatica a tenersi col tronco eretto, è forzato, appoggiandosi contro la balia, a curvare la colonna con concavità a destra. La convessità sinistra si estende allora d' ordinario dalla terza vertebra dorsale fino alle vertebre lombari superiori. Per la stessa causa, i bambini rachitici, che si lasciano in questa età, seduti a lungo e chiusi nella lor sedia, sono facilmente colpiti da *cifosi*. Del rimanente egli crede, con *Stromeyer* e *Blasius*, che nello sviluppo della scoliosi rachitica, anche i muscoli hanno una parte importante.

Scoliosi reumatica. — L' A. La vide svilupparsi in due modi: 1.° o per reumatismo un gruppo di muscoli flessori della colonna era contratto; allora i muscoli accorciati morbosamente erano la sede dell' affezione dal lato della concavità, essi

avevano domato i loro antagonisti sani, che erano condannati ad una estensione permanente: 2.° ovvero. e più spesso, i muscoli reumatizzati, essendo pel dolore, impediti di funzionare, i loro antagonisti sani si contraevano in questo caso fisiologicamente, o mantenevano la colonna in permanente curvatura laterale. Ma in questo caso la sede del male stava nei muscoli della convessità.

Scoliosi empiematica. — Dopo il riassorbimento o la evacuazione del liquido effuso, la porzione atelectasica del polmone si riduce a piccolo volume, la parete toracica segue lo stesso movimento di ritiro: le coste di questo lato si accasciano, si dirigono in basso e all' indentro, per difetto di azione dei muscoli respiratorii; esse formano allora con la colonna un angolo molto acuto; la porzione dorsale corrispondente s' inclina anche con la concavità di questo lato. Egli non osservò mai, ne trovò riferiti casi in queste condizioni di curvatura laterale, nel senso opposto.

La scoliosi statica, conseguente ad accorciamento o paralisi di uno degli arti inferiori, è dovuta al peso del corpo, il quale cade, anzichè sul centro del bacino, sulla metà della pelvi corrispondente all' arto intatto. Nella stazione, le due estremità inferiori sono scostate l' una dall' altra, ma sempre in modo che la sana si trova sotto l' asse del tronco. Nella paralisi dell' arto sinistro, ad es. il corpo appoggierà e si incurverà a destra; il segmento lombare sarà attratto, dall' azione dei muscoli della concavità, a destra; la metà destra del bacino si approssimerà alle coste inferiori e sarà tirata in alto, mentre che la sinistra discenderà sempre più.

(*continuerà*).

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

17.ª *Sessione ordinaria.* 23 *Marzo* 1865.

DILUCIDAZIONI INTORNO AD UN CASO DI OMICIDIO PER ASSIDERAMENTO — *Predieri cav. dott. Paolo.*

L'Accademico pensionato e Vice-Segretario dott. Paolo cav. Predieri incomincia la lettura di una sua Memoria Medico-Legale, cui ha dato per titolo « *Dilucidazioni intorno ad un caso di Omicidio per assideramento* » Questo luttuoso fatto, avvenuto in Mezzolara la sera del 29 Gennaio 1864, venne dal relatore indicato nella seguente maniera. Una sposa di anni 30, per nome Angiola Rubini, andava soggetta da pochi anni ad una pazzia, ricorrente ogni mese nell' epoca dei suoi mestrui; e ciò in causa di parti laboriosi ed infelici, cui era stata soggetta per due volte negli anni precedenti. Nell' epoca del suo male separavasi la inferma ogni mese dalla famiglia, onde questa non ne fosse molestata; e in pari tempo la si teneva riguardata in camera; imperocchè aveva contratta la morbosa abitudine di togliersi le vestimenta, stracciandole se faceva d' uopo, onde restare ignuda. Ma poichè di notte faceva pure delle grida rumorose, soleva il marito trasportare la inferma in uno stanzino, situato lungi dalla casa, ponendola sopra la sola paglia; ed ivi la lasciava alcuni giorni, cioè fino al ritorno della tranquillità e della ragione. Se non che postavi la Rubini dopo il meriggio del giorno 28 Gennaio, e visitata poscia la sera del giorno 29, estratta da quel luogo quasi morta per freddo, essendovi rimasta 26 ore di seguito pressochè ignuda. Moriva la povera donna pochi minuti dopo essere collocata nel letto coniugale; e quindi se ne incolpava dagli abitanti del vicinato la mala condotta del marito; il quale perciò dicevasi avere scientemente procurata la morte della Rubini, per causa del freddo che questa dovette soffrire in quella gelida invernale stagione. Non ripeteremo tuttociò che il disserente disse a favore, e a discolpa dell' accusato, allorchè egli come Perito soprachiamato, trattava le diverse parti in che ebbe divisa la sua Memoria: diremo soltanto che formarono argomenti del suo dire, oltre i fenomeni riscontrati nella dissezione del cadavere (dalla quale emergeva chiaramente essere la inferma morta per causa di freddo) anche le varie condizioni in che dovette trovarsi, sia

per la qualità della demenza riccorrente, sia per l'abitudine di svestirsi, se anche la si obbligava di tenersi coperta dei suoi panni, come per lo scarso vitto allora ricevuto, non che per la qualità del piccolo ambiente, e della invernale stagione, cui era esposta standovi svestita sopra poca paglia. Tenne quindi per ultimo il parlare del sonno e dell'apoplessia cui vanno soggetti gli assiderati: e finalmente disse della morte apparente innanzi della reale che ne deriva se non siano curati a tempo: in fine ha tenuto discorso dei risultati cadaverici riscontrati. In tutte queste parte della sua Memoria, trattata dal disserente con bell'ordine, e con non piccola estensione, e specialmente allorchè ha discorso degli effetti del freddo sopra l'uomo vivo, in ragione delle circostanze personali, locali, e generali in cui si trova compreso, ha il *Predieri* adoperato quella esattezza che si conviene, onde scuoprire il vero; ha ricordate tutte quelle avvertenze, che esattamente illuminando i Giudici del fatto, potevano servire al lodevole intendimento della punitiva giustizia, mediante il concorso delle Scienze mediche opportunamente applicate alla spiegazione di questo luttuoso avvenimento.

18.ª *Sessione ordinaria*, 30 *Marzo* 1865.

Processi di degenerazione carbonosa in semi di frumento appartenente a secoli anteriori — *Sgarzi cav. prof. Gaetano.*

Il prof. *Abbene* esaminando grani di frumento tolto dai vasi posti presso le mummie ne' monumenti d'Egitto, pronunziava che « si può arguire e stabilire essere tutto affatto probabile che abbia sofferta una qualche preparazione, cioè bollitura nell'acqua o in altro liquido, e poi essicato; perchè se fosse stato impiegato naturale, si sarebbero osservati rudimenti di vegetazione, quali non presenta il frumento esaminato; che in conseguenza non è probabile che un frumento di tale natura posto nella terra in condizioni le più favorevoli possa germogliare; ma è verosimile che coloro che hanno seminato frumento acquistato nella buona fede di essere di quello che ha 4000 anni, sia invece frumento ordinario stato colorato per fargli acquistare l'apparenza antica ».

Siccome il chiarissimo *Abbene* dal suo Laboratorio Chimico-Farmaceutico in data 25 Agosto p. p. spediva gratis un diploma di credulità allo stesso principe degli agronomi italiani, di cui piangiamo la perdita recente; così vuolsi verificare se realmente quel frumento del Museo Egizio di Torino non possa germogliare; e quando nol possa, è da vedere se ciò debba ripetersi da una preparazione come opina l'*Abbene*, o non piuttosto da una degenera-

zione naturale, la quale potendo in altri monumenti essere stata minore, o nulla, non avesse per avventura spento in tutti i semi indistintamente la facoltà di germogliare.

« Presi (dice l'Accademico) alcuni granelli i meglio condizionati del frumento antico, li seminai in terreno adatto, facendo lo stesso a titolo di confronto con pochi parimenti del frumento nostrano. Mentre però questo prestamente germogliò, e crebbero le novelle piante a bella vegetazione, l'altro di nulla fece comparsa; e così si comportarono altri grani dello stesso antico frumento, quantunque tenuti nell'acqua distillata, e perfino nell'acqua alcun poco clorata. In tutti i casi non si sono che inzuppati e gonfiati, senza segno di sviluppo germinativo: sonosi fatti pultacei e spappolati; ed hanno finito col dare indizi ammoniacali e di putrefazione ».

Tacendo d'altra prova tentata da altro nostro concittadino, il qual volea pur vedere se Cerere potesse procreare da Bacco, gli esperimenti dell'Accademico dimostrano che nel frumento del Museo Torinese è spenta la facoltà di germogliare.

Che sia spenta per sola vetustà, non può ammettersi « massime che si tratta d'una semente di graminacea, in cui per secoli ancora si ha persistente l'attitudine di produrre novelle piante ».

Spenta a bello studio con la bollitura e l'essiccamento, come suppone l'*Abbene*, non può essere, non solo perchè non abbiamo ricordo di siffatto rito, ma ancora e principalmente perchè non vi si riconosce il raggrinzamento proprio d'una semente stata bollita e disseccata. Resta dunque a cercarne la causa in una naturale degenerazione.

E l'analisi chimica, ed un'acuratissima osservazione microscopica, di cui è dato minuto ragguaglio, corredato pur anco da esattissime figure e d'ammirabil nitidezza, inducono a credere che in tali semi sia avvenuto un primo di quella degenerazione carbonosa, che in un grado maggiore si verificò nel frumento trovato a Deneuvre, in quello che ebbe *Lassaigne* da un antico sotterraneo, in quello trovato in spica in altro più antico sotterraneo presso Langres; ne' quali si è riconosciuto « raggiunto lo stato dell'*humus*, della torba, del carbon fossile, dell'antracite, che sono i passi successivi e uniti della suddetta degenerazione ».

E come nel frumento del Museo torinese si è verificato un solo primo grado di degenerazione carbonosa: così è possibile che niun grado di tale degenerazione siasi verificato in frumento collocato in altri monumenti, o un grado minore incapace di spegnere la facoltà di germogliare: e quantunque il Disserente non entri nella questione, crediamo si possa assolvere la memoria dell'illustre nostro Corrispondente, a cui non sarebbe stato tanto facile il vendere un *Praefectus Viarum* per un *San Viar*, nè, come all'Anti-

quario goldoniano, una canzonetta di Corfù pel solenne trattato di pace degli Ateniesi cogli Spartani.

19ª *Sessione ordinaria*, 6 *Aprile* 1865.

Dell'uso delle coordinate obliquangole nella determinazione dei momenti d' inerzia — *Chelini prof P. Domenico.*

20.ª *Sessione ordinaria*, 20 *Aprile* 1865.

della Carie delle Pietre dure del Bolognese — Dei Ciottoli silicei cavernosi di Fossano — Di un Ciottolo fossilifero dei dintorni di Marsiglia — *Santagata prof. Domenico.*

21.ª *Sessione ordinaria*, 27 *Aprile* 1865.

Intorno ad una lussazione ovalare completa; e intorno ad alcune questioni che riguardano tutte le lussazioni traumatiche del capo del femore — *Fabbri cav prof. G. B.* (1).

Dalla circostanza di una lussazione ovalare traumatica del capo del femore, ridotta con un suo metodo particolare, l'Autore della presente Memoria prende motivo di tornare sopra l'argomento delle lussazioni traumatiche da lui trattato in più lavori parziali dal 1838 in poi.

La rarità di certe lussazioni, massimamente del femore, e le scarse necroscopie che se ne conoscono, rendono sommamente pregievoli le esperienze che se ne fanno nel cadavere; le quali avvezzano l' occhio ai caratteri esterni delle medesime, e danno un'idea giusta di alcuni punti della loro anatomia patologica immediata, i quali sono poi fondamento di buoni e ragionevoli processi di riduzione.

Siccome però le esperienze fatte nel cadavere intiero sono spesso molto faticose, e qualche volta, per particolare tenacità de' legamenti, non riesce di compirle; l'A. consiglia di sperimentare in un modo che è facilissimo, e che insegna il meccanismo d'ogni lussazione, per potere poi essere in grado

---

(1) Le esperienze e gli studi del *Fabbri* intorno le lussazioni hanno servito di guida a molti distinti chirurghi, e sempre ne riportò gran lode. Anche l'illustre nostro Prof. Commendatore *Rizzoli*, e dalla Cattedra di Patologia Chirurgica, e da quella di Clinica Chirurgica nella nostra Università, mostrava ai giovani le utilità scientifico-pratiche che ne derivano.

F. Verardini.

di sperimentare colla voluta destrettezza, e senza dispendio inutile di forza nel cadavere intiero. Questo metodo più facile, applicabile in particolar modo alle lussazioni del femore, consiste nello spogliare l'articolazione o di tutti o di quasi tutti i muscoli che la circondano e la coprono. Così si vede nascere sott'occhio la lacerazione dei legamenti, e si assiste al processo pel quale le ossa mutano i loro rapporti; come ancora si può valutare in che consista buona parte di quegl'impedimenti che contrastono al capo il ritorno nella cavità articolare, quando si è al punto di studiare la riduzione.

Ciò premesso, l'A. studia il mecanismo della lussazione ovalare in discorso, e dimostra che si compone di tre movimenti successivi 1.° Abduzione grande della coscia; 2.° Rotazione della coscia intorno al proprio asse, eseguita dall'esterno verso l'interno; 3.° Movimento di adduzione, che rimane molto imperfetto; giacchè è carattere di questa lussazione che la coscia inferma rimanga molto lontana dalla coscia sana.

In questa parte della Memoria l'A. dimostra, contro la dottrina del *Malgaigne*, che le tre incisure dell'orlo cotiloideo, e specialmente le due anteriori, non hanno alcuna importanza nel meccanismo delle lussazioni del femore.

Colle medesime esperienze si stabiliscono due varietà della lussazione ovalare: l'incompleta cioè e la completa, e se ne determinano i caratteri obbiettivi e l'anatomia patologica.

L'incompleta, in cui il capo riposa sul ciglio fibroso dell'acetabolo, è caratterizzata da grande allontanamento della coscia, da flessione piuttosto cospicua della medesima, e da rotazione dell'arto infuori. Il capo lussato si sente facilmente. Nella completa, l'abduzione è minore; l'estensione della coscia è quasi perfetta; la rotazione in fuori, nulla. Il capo occupa la fossa ovale; è maggiormente nascosto dalle parti molli, e il suo contorno s'avvicina molto all'orlo interno del ramo ascendente dell'ischio.

Studiando la riduzione, si dimostra come sia facile convertire questa lussazione anteriore in lussazione posteriore. Per ottenere la qual cosa, basta piegare la coscia e condurre il ginocchio in giro con un moto seguito, il quale si eseguisce portando il ginocchio stesso prima dall'esterno all'interno e finalmente d'alto in basso.

La quale lussazione posteriore consecutiva, comunemente, non può ridursi, altro che facendo descrivere al ginocchio un movimento di circonduzione contrario al precedente, sino a tanto che il capo del femore sia tornato sotto l'acetabolo; e allora, mettendo a leva la coscia, coll'abbassare direttamente il ginocchio, e col sollevare ad un tempo la parte superiore della coscia stessa, o collo spingere direttamente in alto il capo del femore.

A questo punto succede la relazione della lussazione ovalare completa ripor-

tata nell' ottobre scorso, (1864) per caduta da un albero, da Cesare Stefani contadino di 35 anni. Immediatamente dopo la caduta l'infermo fu trasportato nel proprio letto; e il giorno appresso un Chirurgo tentò la riduzione, impiegando con molto vigore l'estensione e la contro-estensione nella direzione che aveva assunta l' arto lussato. I tentativi tornarono infruttuosi. Accolto dopo 18 giorni nello Spedale Maggiore, fu posto sotto la cura del sig. dott. *Cesare Busi.* Quivi dal Curante fu sperimentato indarno il metodo già proposto dal prof. *Fabbri*; e da altri Chirurgi invitati furono proposte e tentate inutilmente altre maniere; e tra queste le trazioni a coscia piegata, eseguite nel tempo dell'anestesia completa procacciata col cloroforme.

Dopo questa mala riuscita. l'A. della presente Memoria ebbe il pensiero di sperimentare un metodo che fosse proprio il rovescio del processo o meccanismo di lussazione, secondo che egli lo ha concepito e dimostrato. Tale metodo doveva per conseguenza comporsi di tre tempi 1.° Abduzione della coscia; 2.° Rotazione di questa intorno al proprio asse, diretta dall'interno all' esterno; 3.° Adduzione, previo un lieve movimento di rotazione indentro, affinchè il capo possa imboccare e tornar dentro alla sua cavità naturale. Fattane l'esperienza nel cadavere, tutti ne rimasero appagati.

Di che, in 24ª giornata, il sig. Chirurgo Curante assistito dal sig. dott. *Pietro Loreta* e dal prof. *Fabbri* ne fece l'applicazione allo slogamento dello Stefani, il quale si trovò ridotto con tutta agevolezza e senza rumore e senza aver bisogno nè di trazioni nè di anestesia.

Dopo questo ragguaglio l'A. passa a considerare alcuni altri punti che brevemente accenneremo.

1.° Parlando in generale, i muscoli colle loro contrazioni non formano sempre l'ostacolo principale alla riduzione. È un fatto che spessissimo s'incontrano impedimenti meccanici formati o da porzioni di legamenti, o da incastro di ossa, o da margini d'un occhiello muscolare e legamentoso, attraverso il quale l'osso lussato deve retrocedere. Intorno a questi punti di tanta gravezza la Chirurgia sperimentale può illuminare la mente del Chirurgo; il quale, senza questo ajuto, deve di necessità procedere o a caso o per empirica imitazione, piuttosto che con norme veramente razionali.

2.° Un punto di non lieve interesse è il confronto che l'A. fa tra la lussazione ovalare del capo del femore e le lussazioni anteriori del capo dell'omero. in ambedue le specie, promovendo la rotazione dell'arto all'indentro, si aggrava lo slogamento; mentre colla rotazione infuori, si fa che il capo lussuto si porti a ritroso davanti alla cavità che deve accoglierlo. Quindi è che nel nostro Spedale Maggiore si sono ridotte più e più volte le lussezioni anteriori dell'omero, alzando l'omero coll'antibraccio piegato, quasi ad angolo retto col tronco; rotandolo in fuori sino a che il capo sia tornato

sotto il deltoide; e poi rotandolo lievemente indentro nell' atto di abbassarlo.

3.° Da ultimo l'A. parla della possibile tramutazione delle lussazioni del femore d'una in altra; e stabilisce che l'ovalare può mutarsi in ileo-pubiale e viceversa. Che le anteriori possono mutarsi in posteriori consecutive, e viceversa. Non così le posteriori dirette o primitivamente tali.

Contuttociò la lussazione posteriore, che ha il capo voltato all'innanzi, può mutarsi in posteriore comune, ossia col capo all'indietro. Di questo fatto se n'è avuto la prova sul vivo nella Clinica di Dublino non è gran tempo passato.

Questa rarissima specie di lussazione fù già chiamata dal nostro A. sino dal 1840, *lussazione iliaca del Monteggia*, ed è quella stessa, che assai più tardi il *Malgaigne* con poca esattezza, ebbe chiamata *lussazione sopra-cotiloidea.*

22.ª *Sessione ordinaria, 4 Maggio* 1865.

Sopra alcune questioni di Matematica — *Piani dott. Domenico.*

23.ª *Sessione ordinaria*, 11 *Maggio* 1865.

Degli effetti di alcuni veleni sul movimento dei muscoli, delle ciglia vibratili, e degli spermatozoidi — *Paolini cav. prof. Marco.*

Per toglier possibilmente le dubbiezze e le oscurità che ingombrano l'argomento di quelle tre specie di movimento, parve all'Accademico espediente acconcio interrogare la natura con nuove sperienze al fine di conoscere quali effetti ne sarebbero derivati dall'azione di possenti veleni che operano direttamente sopra il sistema nervoso. Primieramente esaminò quali modificazioni avvenissero nella contrattilità del cuore e dei muscoli volontari, nel moto dei cigli e degli spermatozoidi delle rane morte in seguito dell'introduzione nel corpo loro di diverse sostanze venefiche, non escluso l'acido cianidrico, injettate nello stomaco, oppure introdotte sotto la pelle.

Fece poscia altre sperienze sulle rane applicando direttamente l'elettricità, agenti chimici, e le sopraccennate sostanze venefiche sul cuore, sopra un muscolo della coscia, sull'epitelio della mucosa buccale, e finalmente sul seme contenente spermatozoidi in gran numero.

Un attento studio delle risultanze ottenute, lo condusse alle seguenti deduzioni.

1.° Essere il moto vibratile e quello degli spermatozoidi di natura diffe-

rente da quella da cui procede il potere contrattile dei muscoli sì volontari che indipendenti dalla volontà.

2.° Avere queste tre specie di movimento alcune attenenze fra loro sotto un solo rispetto, vale a dire perchè persistono e durano un certo spazio di tempo dopo la morte degli animali, quando non fanno più parte del corpo loro, ed anche quando la morte dei medesimi sia effetto di sostanze grandemente venefiche operanti sul sistema nervoso.

3.° Che i cigli e gli spermatozoidi hanno fra loro comune la singolarità di perdere il moto in seguito della diretta applicazione sui medesimi di alcuni veleni che esercitano una azione speciale sul sistema nervoso, mentre la contrattilità del tessuto, muscolare non ne risente allo stesso grado la nociva influenza.

4.° Avvegnachè il persistere il movimento dei cigli e degli spermatozoidi per alquante ore dopo la morte degli animali porga ad alcuni un argomento per crederlo indipendente dall'azione dei nervi, ciò nulla meno l'estinguersi il medesimo così istantaneamente per la diretta applicazione di sostanze venefiche che annientano le attività nervose, indurrebbe quasi a dubitare che nella composizione dei cigli, e degli spermatozoidi prendesse parte un elemento nervoso. Che se la presenza di un tale elemento non è stata fin qui dimostrata nei cigli, e probabilmente sarà anche in avvenire difficile il dimostrarla; quella però sembra comprovata dall'analisi chimica negli spermatozoidi, essendo lo sperma molto analogo nella sua composizione alla polpa midollare nervosa, poichè le ricerche fatte da *Vauquelin* sul seme e sulla sostanza del cervello, hanno dimostrato in amendue eguali combinazioni di fosforo con una materia animale di natura albuminosa. E siccome i cigli offrono molta analogia cogli spermatozoidi per le intime attinenze istogeniche ed istologiche che hanno fra di loro, così non è fuori di ragione il pensare, che nella costituzione dei primi possa concorrere un principio di natura nervosa, conforme è proprio degli spermatozoidi.

Dietro il quale pensamento si troverebbe una ragione, per la quale certe sostanze animali, avvegnachè mancanti di fibre contrattili e nervose, acquistino per l'elemento nerveo che entra nella loro composizione, una proprietà motrice assai energica.

24.ª *ed ultima Sessione ordinaria*, 18 *Maggio* 1865.

Sul potere delle punte — Osservazioni ed esperienze — *Della-Casa prof. Lorenzo*.

Specimina Zoologica Mosambica Fasc. xiv — *Bianconi cav. prof. Gian-Giuseppe*.

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Della causa della colorazione rossa dei tessuti infiammabili: *dei professori A. Estor e C. Saint-Pierre.*

La fisiologia patologica dell'infiammazione è lungi dall'instruirci sulla causa reale della colorazione rossa delle parti infiammate.

Troviamo nel *Trattato di fisiologia patologica* di *Lebert* (tomo I, pag. 12), il seguente passo: « Abbiamo notato, nelle nostre esperienze sugli ani-
» mali, il rossore diffuso delle parti infiammate. Abbiamo altresì comune-
» mente riscontrato questo fenomeno in tutti i diversi organi *phleg-*
» *masiés* dell' uomo. Uno dei primi effetti della stasi capillare è che
» la materia colorante del sangue non rimane esclusivamente nell'inter-
» no dei globuli sanguigni; essa si spande nel siero del sangue e trasuda
» attraverso le pareti capillari, per infiltrare il parenchima dei tessuti e de-
» gli organi. — *È ciò che dà alle parti infiammate il rossore diffuso*
» *che, seguendo tutto il tragitto dei vasi, può divenire quasi generale.*
» Essa differisce essenzialmente dal rossore che si trova lungo un certo nu-
« mero di vasi, negli animali ai quali si è injettato del siero nel sangue,
» perciò che quest' ultima proviene non da un'infiltrazione di materia colo-
» rante, ma da una *infiltrazione di globuli sanguigni* e di sangue de-
» composto, esciti direttamente dai capillari per rottura multipla ».

Lebert, nel suo *Trattato di anatomia patologica,* tom. I, pag. 28, modifica le sue opinioni, a questo riguardo, nel modo seguente: « Il rossore
» egli dice, dipende dall'ammassarsi dei globuli rossi del sangue nei vasi
» capillari, nelle piccole arterie e nelle piccole vene, e la sua tinta talvolta
» diffusa trova la sua causa nell'essudazione della parte del sangue che tie-
» ne in sospensione la materia colorante ».

« L'accrescimento del rossore, dice *Vögel,* sintomo che non manca mai
» nella congestione, è spiegato sufficientemente dalla dilatazione dei vasi ca-
» pillari: cioè dall'ammissione di una maggior quantità di globuli sanguigni
» nel loro interno; e subito dopo *Vögel* trovasi obbligato aggiungervi: ma
» lo s'incontra anche in casi in cui non s'è aumentata affatto l'affluenza
» del sangue ».

Nel 1862 *Cruveilheir* scrive ancora: « Nel rossore infiammatorio non « v'ha solamente stasi sanguigna, ma ancora otturamento della rete capillare »

La maggior parte dei classici accettarono queste spiegazioni meccaniche: « La dilatazione dei capillari, l'accumulazione dei globuli, l'essudazione; » troviamo nel *Dizionario* di *Nysten*, sono tre fenomeni che sono la cau- » sa del rossore, della tumefazione e del dolore ».

È oggidì inutile di far notare che la dilatazione dei capillari, l'accumulazione dei globuli e sopratutto la stasi sanguigna e l'ostruzione della rete capillare, non ponno rendere conto del colore rutilante dei tessuti infiammati. — Le esperienze di *Bruch* hanno perfettamente dimostrato che al solo ossigeno devesi il color rosso del sangue arterioso, e che l'acido carbonico « non restaura altrimenti il color oscuro naturale del sangue che qualunque altra influenza che svolga l'ossigeno ». Il sangue rutilante diviene oscuro se si sottrae l'ossigeno mercè la macchina pneumatica, ma il sangue nero non diviene chiaro sopprimendo l'acido carbonico. Il sangue venoso è più oscuro del sangue arterioso, perciò solo ch'esso è più povero di ossigeno. Egli è quindi evidente che la dilatazione dei capillari non può produrre l'aspetto rutilante di un tessuto infiammato che per quel tanto che è dovuto all'accumulamento di un sangue esso stesso rutilante, cioè contenente una maggior quantità di ossigeno che non allo stato normale: l'accumulamento di un liquido oscuro non produrebbe mai che una oscura colorazione. In quanto alla stasi sanguigna ed all'ostruzione della rete capillare, esse sono completamente incapaci di render conto dei fenomeni osservati. Supponendo anche che i vasi interessati fossero primitivamente distesi da un sangue rutilante, l'ossigeno è troppo avido di combinazioni per non fissarsi abbandonando rapidamente questi globuli arrestati nel loro cammino, per non rendere al sangue colla sua brusca scomparsa, il suo naturale colore oscuro.

I recenti progressi della fisiologia dovevano necessariamente condurre ad altri risultati: ed è impossibile di esaminare con cura i fenomeni iperemici dell'infiammazione, senza essere colpiti dalla rassomiglianza che presentano coi fenomeni notati nelle glandole durante la loro attività funzionale. Tutti conoscono la proposizione emessa nel 1858 da *C. Bernard*: « Allo stato normale o fisiologico il sangue venoso delle glandole è rutilante quando questi organi espellono il prodotto della loro secrezione: esso è nero, quando queste medesime glandole non espellono niente e sono dette in istato di riposo ». La colorazione rutilante venne attribuita ad una quantità anormale di ossigeno e l'esperienza ha perfettamente confermato queste previsioni. In una prima serie di ricerche sui vasi del rene, *C. Bernard* ottenne i seguenti risultati, relativamente alle quantità di ossigeno, calcolate per 100 volumi di sangue: san-

gue venoso rosso 17,26; sangue arterioso 19,46; sangue venoso nero 6,40. In una seconda serie di ricerche, sullo stesso organo: sangue venoso rosso 16; sangue arterioso 17,44; sangue venoso nero 6,44.

Analoghe proprietà furono osservate nel sangue venoso della testa, negli animali che hanno anticipatamente subita la sezione del gran simpatico nella regione cervicale. Le esperienze di *C. Bernard* mostrano che dopo la sezione del gran simpatico, la circolazione si accelera considerevolmente, aumenta la temperatura ed il sangue venoso ridiviene rosso. Se si galvanizza l'estremità periferica, la circolazione diminuisce di intensità, i vasi si rinserrano e la temperatura s'abbassa nello stesso tempo che il sangue diviene nerissimo.

Naturale era il pensiero che i tessuti infiammati presentino dei fenomeni analoghi a quelli che ci offrono il rene allo stato di funzione, o gli organi privati dall'azione del gran simpatico: dilatazione dei capillari, passaggio nello stesso tempo di una quantità più notevole di sangue, passaggio effettuantesi con tale rapidità che il sangue arterioso non abbia tempo di divenire venoso e di spogliarsi del suo ossigeno per dar luogo all'acido carbonico; ma la sola esperienza poteva dare a queste supposizioni un carattere scientifico rigoroso. Per conseguenza istituimmo le seguenti esperienze:

Operammo sopra dei cani, perchè ci sembrò il coniglio un animale a vene di troppo piccolo calibro per poter facilmente usare degli istrumenti. Cominciammo dal determinare sopra uno dei membri posteriori del cane una viva infiammazione mediante cauterizzazioni trascendenti, energiche, o coll'azione dell'acqua bollente. Dopo un lasso di tempo variabile, fra trenta a cinquanta ore, è stabilita decisamente l'infiammazione. Studiammo allora comparativamente il sangue venoso preso sulla stessa vena dal membro sano e dal membro ammalato. A questo scopo, collochiamo una cannula a robinetto nella vena crurale e mercè una siringa graduata, dapprima scaldata da 35 a 40 gradi, caviamo 15 centimetri cubi di sangue; facciamo dappoi passare questo sangue in una campana rovesciata sul mercurio, e contenente da 20 a 25 centimetri cubi di gas ossido carbonico; agitiamo per 8 o 10 minuti, e collochiamo il tutto in una stufa la cui temperatura è mantenuta per circa due ore fra 30 e 40 gradi: nel qual tempo nuovamente di quando in quando agitiamo.

È noto pei lavori di *Bernard*, che l'ossido di carbonio sposta, volume, a volume, l'ossigeno del sangue; non ci rimane quindi che a dosare quest'ossigeno. Noi l'abbiam fatto in alcune esperienze mediante l'acido pirogallico, e nelle altre col fosforo sul bagno idropneumatico. Nelle esperienze fatte coll'acido pirogallico sul mercurio, abbiamo dapprima dosato od eliminato l'acido carbonico colla potassa. I nostri risultati furono rapportati al volume

a 0 gradi e sotto la pressione normale di 760 millimetri, poi a 100 volumi di sangue.

Esperienza I. — *Per determinare la proporzione normale di ossigeno contenuto nel sangue dei vasi crurali allo stato sano sopra un cane da pastore.*

Esperienza II. — *Determinazione dei gas contenuti nel sangue dei vasi del rene allo stato fisiologico in un cane di media statura.*

Esperienze nell'infiammazione:

Esperienza III. — *Sopra un cane, a pelo raso, di media statura, cauterizzato alla zampa destra, eseguita 30 ore dopo la bruciatura.*

Esperienza IV. — *Sopra un grosso cane, quaranta ore dopo la cauterizzazione della zampa sinistra.*

Esperienza V. — *Sopra un cane da caccia, di media statura, a cui si aveva cauterizzata la zampa sinistra 48 ore prima dell' esperienza.*

Esperienza VI. — *Sopra un cane da pastore, quaranta ore dopo la bruciatura della zampa sinistra.*

Esperienza VII. — *Sopra un cane cauterizzato alla zampa sinistra; l'analisi venne fatta cinquanta ore dopo la bruciatura.*

Il quadro seguente riassume queste esperienze:

Esperienze	Sangue venoso		Sangue arterioso	Tempo scorso dopo la cauterizzazione	osservazioni
	Lato infiammato	Lato sano			
I		3,33	6,66	Stato sano	Soggetto robusto, lato destro, stato sano.
III	4,80	2,40	7,20	30 ore	Lato destro.
IV	4,74	2,37		48 «	Lato sinistro.
V	6,01	2,41		48 «	Id.
VI	3,60	2,40		40 «	Id.
VII	6,04	2,40		60 «	Id.

Esperienza VIII. — *Ricerca dell' acido carbonico in un cane cauterizzato alla coscia destra.*

Conclusione.

1.° Alla semplice vista, quando l'infiammazione è viva, e nei grossi vasi il sangue venoso del lato infiammato è più rosso di quello del lato sano.

2.° Il sangue venoso del lato infiammato contiene costantemente una maggiore proporzione di ossigeno. L'ossigeno essendo — 1 pel membro sano, divien 1,50 a 2,50 pel membro ammalato.

3.° Il sangue del lato infiammato contiene altresì maggior proporzione di acido carbonico.

4.° Siccome ad una maggior quantità di ossigeno corrisponde, com'è noto, una colorazione più o meno rutilante del sangue venoso, conchiudiamo per ciò che il color rosso delle parti infiammate devesi attribuire allo stato rutilante di questo sangue venoso. *(Annali di Chimica del dott. Giovanni Polli Fasc. di Giugno* 1865 *)*.

L'indaco annoverato fra i componenti costanti delle orine. *Hoppe-Seyler.*

L'indaco ebbe più volte a manifestarsi nell'umano organismo. Esso fu non di rado riscontrato nelle orine, e noi avemmo occasione di dimostrarne altresì l'esistenza in un sudore peculiare che tingeva i pannilini in azzurro, e che fu per noi argomento di speciali ricerche.

Ora il prof. *Hoppe-Seyler* in numerosi e differenti saggi istituiti sopra l'orina rinvenne l'indaco costantemente. A tale scopo precipita egli l'orina con acetato di piombo in eccesso, filtra e tratta il liquido filtrato con ammoniaca caustica, raccogliendone il precipitato sopra un feltro e decomponendolo con acido cloridrico. L'orina di cane è quella nella quale l'indaco si ritrova più copioso, anche dopo essersi per lungo tempo esclusivamente nutrito l'animale con carni. Probabilmente l'indaco è il prodotto di una funzione dei reni, poichè se ne rinvennero traccie in quelli di un cane ucciso, mentre non ne contenevano punto la milza, il fegato, il pancreas, i muscoli ed il sangue. *(Gazzetta dell'Associazione Medica Italiana* 22 *Luglio* 1865*)*.

La quistione dell'ammoniaca nelle orine, e nuove ricerche del Duchek sopra questo argomento.

Dalla serie delle varie ricerche dell'autore si conchiude.

1.° Che l'orina dei malati con febbre, subito dopo essere emessa, e sino a tanto che reagisce ancor acida, contiene, oltre ad altre combinazioni nitrogenate, anche ammoniaca ed in quantità rilevante.

2.° Che la quantità sembra innalzarsi col peggiorare della malattia, e diminuire col sopraggiungere della guarigione.

Egli non crederebbe poi che la sola decomposizione dell'urea bastasse

senza più a dar ragione dell' origine di quest' ammoniaca. Noi lo seguiremo volontieri negli studii ulteriori ai quali continua egli a dar mano, ed i quali desideriamo vedere a suo tempo di pubblica ragione. *(Gazzetta dell' Associazione Medica Italiana 22 Luglio* 1865.

Patologia e Terapeutica Medica

Sul modo di riconoscere e dosare l' albumina nell' urina, e sopra l' effetto del ioduro potassico in un caso di ostinata albuminuria.

Sarò breve in questo articolo, perchè mi propongo di descrivere sic et simpliciter il processo analitico che io uso nella regia clinica medica.

Supponiamo entrato un infermo sospetto di malattia di Bright. Per prima gli si ordina di urinare, e quando ha urinato, io vado con una provetta a prendere una mezz'oncia della sua urina, e rientro nel mio gabinetto. Quivi ne verso un paio di dramme in una seconda provetta, ove affondo poi cinque a sei goccie di acido nitrico concentrato. Essendovi albumina, veggo subito un precipitato bianco. Siccome però questo non basta per esser sicuro della esistenza di tale principio morboso, ma vi ha bisogno ancora dell' azione calorifica, così dopo ciò accendo subito la mia lampada ad alcool, ed espongo sovr' essa la provetta col precipitato. Alla prima ebollizione la ritiro e guardo se questo precipitato è rimasto, o no. Se è rimasto, ciò è segno che trattavasi realmente di albumina.

Pure, pel fine che ho detto altrove e che ripeterò in altro tempo, io non mi contento mai di questo solo saggio, ma immediatamente dopo ne fo un secondo.

In quel resto di urina contenuto nella prima provetta, verso due a tre goccie di una soluzione di solfato di rame e poi un pezzettino di potassa caustica. (La soluzione del solfato è quella stessa che adopero per la glicosi, cioè fatta di una parte di sale e 20 di acqua distillata). Immediatamente e senza bisogno di calorico comparisce un magnifico color violetto, che dà a questo processo qualche cosa del brillante; violetto, che è più o meno intenso, a seconda specialmente della quantità dell'albumina. Sicchè quest'ultima reazione potrebbe anche servire pel dosamento clinico di questo principio morboso.

Ma non è questo il modo che io tengo per tale dosamento; invece mi servo del calorico o solo, o accompagnato con un po' di acido nitrico.

All' uopo vado a prendere un'altra mezza provetta dell' urina albuminosa

e la fo coagulare alla lampada: indi la lascio riposare verticalmente sul porta-provette. La mattina appresso, quando cioè l'albumina coagulata è scesa il più che poteva in fondo, vado a rivedere la provetta, e noto che spazio occupa il coagulo, rispetto all'intera colonna dell'urina impiegata.

Supponiamo che ne occupi la metà, come avviene nelle albuminurie bastantemente gravi: ebbene, ripetendo lo stesso saggio nei giorni consecutivi, io vengo facilmente ad accorgermi se ci è aumento o diminuzione del principio albuminoso.

Questo comodo e facilissimo processo di dosamento, in un sol caso ha bisogno di una piccola modifica; e questo è quando l'urina è neutra od alcalina, ovvero contiene molto ioduro di potassio, ciò che avvien sempre se l'infermo prende per cura grande dose di questo farmaco. Allora l'albumina non si precipita tutta col solo calorico; epperò, dopo del riscaldamento, io verso nella provetta un paio di gocce di acido nitrico e la lascio, al solito, riposare per 24 ore. Con questa piccola aggiunzione di acido si rimedia bene all'inconveniente suaccennato.

Mi piace ora di narrare brevissimamente un esperimento clinico che ha voluto fare in questi ultimi giorni il nostro direttor *Prudente*.

Stava in Clinica da più mesi un uomo affetto dalla vera malattia di Bright. Le cure più razionali possibili, e le più svariate, non esclusa quella altre volte riuscita, del tartrato ferrico-potassico, non giovarono a nulla: l'infermo andando sempre nel peggio, era giunto al grado da far temer la morte da un momento all'altro. E ciò è tanto vero, che si ordinò fosse trasportato nella stanza isolata, tenuta appositamente pei moribondi.

L'albumina di questo infermo, dalla sua entrata in Clinica fino a questo momento, erasi mostrata nelle sue urine sempre abbondantissima; e fu qualche giorno in cui, dosata nel modo sopradescritto, si vide occupare i nove decimi della colonna intera.

Intanto dunque che tutto pareva disperato, e la così detta forma uremica era già venuta in campo co' suoi subdelirii, con l'affievolimento della vista ecc. ecc. il direttore pensò al ioduro di potassio.

Egli ci disse: il ioduro di potassio, preso internamente, passa subito, e quasi totalmente nelle urine: non potrebbe col suo passaggio modificare il parenchima renale in meglio, ed aversi, se non la guarigione, un miglioramento qualunque?

Detto, fatto. S'incomincia ad amministrare il ioduro, da quattro acini al giorno, con l'ordine di spingerne la dose fino alla tolleranza.

Nell'urina evacuata poche ore dopo la prima presa, erano già evidenti le tracce del farmaco, che in prosieguo si potè constatare ogni giorno in grande abbondanza, essendosi in seguito giunto ad amministrarne quasi una dramma nelle 24 ore.

Or fino ad oggi, 27 giugno, dopo cioè circa tre settimane e mezzo di questa cura, quale ne è stato il risultato?

Prima di tutto, l'infermo è vivo ancora! Ma ciò è niente. Egli è stato già da parecchi giorni ricollocato nella sala comune degli infermi, a sua stessa richiesta; evacua volontariamente le urine, mentre prima si urinava a letto; riconosce le persone che gli stanno attorno meglio assai che per lo innanzi; i subdelirii non si veggono più; l'albumina delle sue urine da più di dieci giorni a questa parte è scemata man mano più della metà; e stamane il direttore osservandole al microscopio, al di là degli sfaldamenti epiteliali e di qualche brano dei noti cilindretti, non vi ha trovato altro; mentre per lo passato vi aveva notato ancora una grande abbondanza di materia grassa.

Questo risultamento inaspettato di terapia clinica, se non ci assicura della guarigione (la quale, nè io, nè gli altri, nè lo stesso prof. *Prudente*, tenghiamo ancora per probabile) certo merita tutta la considerazione dei clinici: forse questo sperimento, ripetuto in morbi simili ma in migliori condizioni e più a tempo, potrà dare bellissimi frutti.

In ogni modo, gli è questo un fatto che mentre fa molto onore all'autore, non onora meno la chimica, senza le cui analisi non avrebbe mai il prof. *Prudente* potuto pensare a questa speciale applicazione del ioduro di potassio. *(Gazzetta dell'Associazione Medica Italiana* 22 *Luglio* 1865*)*.

Della curarina; *per Claudio Bernard.*

Ecco quello che ne riferì il fisiologo francese alla seduta dell'Accademia delle Scienze di Parigi delli 26 giugno p. p.

Da qualche anno si tentò varie volte di introdurre il curaro nella terapeutica. L'ostacolo maggiore consisteva nell'incertezza della sua composizione e della dose, in cui poteva essere amministrato. *Bernard* potè osservare circa dieci o dodici specie di curaro, la cui intensità variava nel rapporto di 1 a 6.

Il curaro é estratto acre, d'apparenza resinosa, nella cui composizione entrano varie sostanze vegetali ed animali, al dire di vaggiatori. Si trattò quindi di sapere se la curarina segnalata da *Boussingault* e *Rollin* rappresentava veramente gli effetti riuniti dell'estratto del curaro o non ne rappresentava che una sola parte.

Preyer cercò di estrarre la curarina colla massima purezza, ed ecco l'esame comparativo degli effetti del curaro e della curarina:

1. La curarina è molto più energica che il curaro, d'onde fu estratto. Un milligramma di curarina sciolto nell'acqua, iniettato sotto la pelle di coniglio di buona statura, l'uccide prontamente, mentre abbisognano 20 mil-

figrammi di curaro in dissoluzione ed iniettato del pari sotto la pelle per ottenere effetto tossico mortale sopra un coniglio dello stesso peso.

2. Gli effetti fisiologici della curarina, fatta eccezione della intensità, sono identici con quelli del curaro. L'azione è del pari sentita sul sistema nervoso. La curarina del pari che il curaro parve essere difficilmente assorbita dal tubo gastro intestinale.

3. I residui del curaro donde venne estratta la curarina cessano d'essere attivi, quindi parrebbe l'azione tossica del curaro essere dovuta ad un principio attivo unico.

L'illustre fisiologo poi, appoggiato sul racconto fatto dai viaggiatori sulle varie piante che s'introducono per fare il curaro, cercò coll'esperimento di sciogliere il problema. Si presero tre piccoli frutti della *paullinia cururu*, e fattone estratto, si vide che questo uccideva le rane con sintomi simili a quelli prodotti dal curaro. Questo primo saggio, quantunque insufficiente, è molto importante, e se coll'esperimento si pervenisse a determinare l'origine esatta del principio attivo del curaro, si avrebbe rischiarata la questione della storia misteriosa di questo veleno che ha tanto interesse nel sistema nervoso. *(Gazzetta Medica di Torino già Provincie Sarde, 24 Luglio* 1865 *)*.

Ipoclorito di soda sostituito agli iposolfiti del Polli.

Del cloro e di tutti i sali che hanno a principio elettro-negativo questo metalloide è conosciuta oramai da più tempo la virtù antisettica: e con ciò intendiamo anticipatamente spogliarci d'ogni pretensione di avere apportata una qualche seria novità al mondo scientifico. Che anzi conservando all'ipoclorito il posto di famiglia, soggiungiamo soltanto che esso meriterebbe di essere preferito ai solfiti per tutto ciò che andremo a dire.

In esso debbonsi riconoscere tre fonti di azioni chimiche, nelle quali sta senza dubbio la ragione della sua azione fisiologica. Una è esclusiva del cloro, il qnale tende irresistibilmente ad appropriarsi l'idrogeno, col quale passa ad acido-idrogenico da qualunque siasi gruppo, anche dagli stessi radicali organici: l'altra dell'acido che va in cerca di altri equivalenti di ossigeno per raggiungere la formola di acido clorico o iperclorico; l'ultima finalmente di tutto il sale (ipoclorito) il quale può (ed in ciò siamo confortati da mille analogie) senza contrarre con le molecole organiche, con le quali è in contatto, mutui scambi chimici, operare cataliticamente sull'atmosfera di queste ultime ed imprimer loro una direzione di azione diversa da quella di putrida fermentazione; la quale putrida fermentazione rappresenta in taluni morbi, non già tutta la loro sostanzialità nosologica, ma la sola parte per

così dire rivelata, e sulla quale ci è dato fin oggi solamente agire, sia pure con la lieve soddisfazione di curare il più delle volte non altro che un fenomeno.

Queste azioni, avvegnachè rispondessero numericamente a quelle che abbiamo riconosciute nel solfito in genere, pur non di manco non rispondono del pari in intensità: che in vece le une (quelle dell'ipoclorito) sorpassano di tanto le altre (quelle del solfito) per quanto l'attività del cloro, elemento mediato dal primo sale, supera quello dello zolfo, elemento mediato del secondo.

Le une e le altre impertanto non sono che della stessa natura; imperciocchè quando siamo a studio ed a ricerca di forze chimiche, non troviamo che un solo ed ultimo sustrato — l' elettricismo. Ecco da ciò la ragionevolezza per la quale siamo andati dalla cognizione del solfito alla escogitazione dell'ipoclorito, non perchè arrecassimo inutile e fastidioso lusso alla terapia, ma perchè lo crediamo capace di offrire al Clinico un'azione più pronta e molto più efficace.

L'ipoclorito di soda è di color bianco; cristallizzabile nell'acqua; insolubile nell'etere e nell'alcool, a freddo ed a caldo.

Registriamo alcuni de'casi ne'quali lo abbiamo adoperato, e speriamo che altri si occupino di questo argomento, il quale fa prosieguo allo studio de'solfiti.

1. Vincenzina Romito, decenne, domiciliata in Castel Nuovo, nell'agosto del corrente anno ci si presentava inferma da circa sei mesi di oftalmite scrofolosa e di piaga della stessa natura, la quale occupava le regioni, parotidea temporo-mascellare e mastoidea del lato sinistro, che dopo consumata la pelle, si approfondava nel connettivo, da cui plorava una sanie di così ingrato odore, che fummo menati al sospetto di carie sottoposta.

Il trattamento curativo con la decozione di china alcoolizzata e la canfora, con la tintura di iodo-iodurata, col solfito di magnesia, e con lo stesso ipermanganato di soda suggeritoci dall'onorevole nostro amico professore *Tanturri*, aveva tradite già le nostre speranze, quando incominciammo a governarla con la soluzione d'ipoclorito di soda nell'acqua distillata (2. 6) per i primi giorni; e poscia tenendovi applicata la pomata adiposa dello stesso (1. 10). Per ovviare che gli ardori estivi danneggiassero maggiormente gli occhi di quella poverina, pregammo un valoroso e diligentissimo nostro allievo Giuseppe Politani perchè si recasse a medicarla quotidianamente in Castel Nuovo. Dopo un venti giorni di cura, la piaga completamente rammarginò. L'oftalmite della stessa natura, priva dello stesso compenso, rimase com'era, e tanto più che la stagione estiva aveva fatto sospendere ogni trattamento interno.

2. Pasquale Chimenti, calabrese, domiciliato a strada Atri, di anni 18, sifilitico per retaggio e per acquisti proprii, guarito dopo lunga prova di perseveranza e di sforzo per parte sua e nostra, da un'ozena che aveva consumata per carie la porzione ossea del setto delle narici e l'ossicino nasale sinistro, rimane affetto da scolo nasale fetidissimo da schifarsene lo stesso paziente. Dopo un quindici giorni di quotidiane iniezioni ipocloritiche; quell'ingrato epifenomeno cedette completamente il luogo alla normale secrezione mucosa.

3. E. V. di Rossano in Calabria Citeriore, domiciliato a Porta Piccola S. Tommaso d'Aquino, nel luglio ultimo si offriva alla osservazione nostra ed a quella dell'illustre professore *Ramaglia*, perchè affetto da laringo-tracheite cronica, con sospetto d'incipiente tubercolosi polmonare. Colui, fra gli altri fenomeni accennati alla gravezza del suo morbo, veniva non ha guari incolto da diarrea di materiali guasti e graveolentissimi. Avvegnachè fossimo certi di non fare opera sostanzialmente utile, pure gli amministrammo una cucchiaiata, da due ore a due ore, della soluzione d'ipoclorito di soda nell'acqua distillata (2. 120). Dopo la quarta presa, chiamati noi di tutta fretta, trovammo l'infermo dimenantesi per intensi dolori colici. Gli propinammo, ad intervalli di dieci a quindici minuti primi, tre o quattro gocce per volta di acetato di ammoniaca sopra dei pezzetti di neve, e gli facemmo praticare delle larghe bagnature fredde sull'addome. Rimosso quell'accidente legabile forse alla dose ed alla soverchia irritabilità della mucosa intestinale, non ci parve dover rinunziare, annuente l'ammalato, alla riamministrazione della soluzione ipocloritica, nella metà però della prima porzione (1. 120) ed aggiuntivi altresì granelli tre di estratto di giusquiamo. Il giorno appresso, noi in compagnia del nostro stimabile dott. *Politani*, vedemmo la diarrea scemata quantitativamente e non offerente che l'ordinario putore delle materie fecali.

In parecchi altri casi di spettanza medica e chirurgica ci siamo serviti dell'ipoclorito di soda, sia in pomata che in soluzione, e senza aspettarci da esso quello che credevamo dover non pretendere; sotto un solo riguardo abbiamo visto operare costantemente con efficacia incontrovertibile, cioè come antifermentante, presa la parola fermentazione nel significato fenomenale e non già sostanziale di morbo, e pare avessimo altresì sufficientemente asseguato le ragioni per le quali, rispetto ai solfiti, lo reputiamo preferibile. (*Gazzetta dell'Associazione Medica Italiana*, 16 *luglio* 1865).

VARIETÀ

CLINICA SIFILITICA DI P. GAMBERINI

Lettera 6.ª — *Delle Papule mucose, o condilomi piatti ecc. ecc.*

Ognuno sa bene le quistioni che agitansi intorno a questa forma venerea: chi la guarda come accidente sifilitico secondario, chi quale fenomeno venereo locale, chi finalmente quale un prodotto di cattive condizioni igieniche, ed in ispecie della sporcizia:

Io non ho in animo di discutere partitamente questa triplice questione in tutti i suoi rapporti teorico-pratici; io dirò solamente che la papula può nascere tanto dalla sifilide costituzionale, che dal virus venereo localizzato: in quanto poi alla papula che l'illustre *Thiry* nega di natura sifilitica e dice 1.° costituire un'affezione semplice prodotta da manco di nettezza e dall'abuso di venere, e quindi guaribile con cura puramente locale: 2°. non essere contagiosa e virulenta se non quando coesiste con degli ulceri: 3.° non produrre la sifilide costituzionale se non quando l'ulcero sovraposto al tubercolo termina con indurimento, io mi permetterò i seguenti riflessi:

In quanto alla prima proposizione, e cioè che i tubercoli o papule mucose procedano dalla sporcizia e dall'abuso di venere, io domanderò dove riscontransi a preferenza queste papule? io rispondo tosto nelle meretrici, od in chi ebbe rapporti impuri; mentre in tante donne che prediligono la sporcizia ed abusano di venere pura, queste papule non nascono, come ho potuto verificare in seguito di moltissime osservazioni pratiche in proposito, per cui io tengo opinione che le papule hanno attinenza col virus venereo. Il quale mio concetto trae conforto dalla stessa istologia del tubercolo mucoso comune, con quella che forma la vera papula sifilitica. Chi oserebbe negare oggi che l'ulcero non si trasmuti talvolta in papula? E chi non vide la papula trasformarsi in ulcero, ed in ambo i casi esservi modi di eseguire un'autoinoculazione positiva? Le mie parole sono il portato di fatti avvenuti sotto i miei occhi non una volta ma più fiate in tempi e momenti diversi.

Sarebbe mai la benefica cura locale, e fra l'altre la pura applicazione dell'acqua fredda come addimostrò l'illustre mio amico dott. *Soresina* di Milano, e come io pure vidi nel mio sifilicomio, che darebbe valore al concetto del celebre sifilografo di Bruxelles? Io non lo credo, perchè le mede-

sime cure che applicansi con profitto alle papule mucose, servono istessamente all' ulcero molle e ad altre forme schiettamente veneree. E forse che le prostitute non sono astrette per necessità e per interesse ad usare nettezza colà dove sogliono svilupparsi quelle escrescenze? E non riscontransi forse istessamente le papule mucose anche in quelle donne pubbliche che sono modello di corporea nettezza? E se ciò è, come lo è di fatto, come sarà lecito accogliere la suesposta etiologia? Rimarebbe l' abuso di venere! In tal caso quante donne oneste nei primi tempi in ispecie del matrimonio cadrebbero vittima delle papule mucose ed in singolar modo nelle campagne, ove in vicinanza all' alcova mancano i vasi di Samo e gli aromi dell' Asia! Concludo il mio dire sostenendo che la papula mucosa è una figliazione del virus venereo sotto forma di morbo ordinariamente localizzato. Avvanzando il mio discorso conforterò maggiormente il mio asserto.

Seguendo il *Thiry* nella sua seconda proposizione, che cioè le placche in discorso non sono contagiose e virulenti se non quando coesistono con degli ulceri, parmi, se non erro, che qui siavi contraddizione: difatto o le placche sono contagiose e virulente, o non lo sono: nel primo caso non intendo il valore dell' ulcero che con esse coesiste; se non lo sono, l' ulcero coesistente non può cangiare la loro indole vale a dire convertirle in contagiose e virulenti. Ma senza perdermi in lunghi discorsi esporrò quanto mi fu dato apprendere sulla contagiosità e virulenza delle placche.

Un individuo qualunque infettato di placche mucose, se non dà opera sollecita a combatterle, le vedrete facilmente moltiplicarsi e ripetersi in diversi punti, specialmente se esiste contatto: se nascono in una delle grandi labbra od in un lato di natica, facilmente sorgono sulla parte corrispondente e come prolificandosi, dai genitali passano all' ano e viceversa; fortunosi quei malati se scampano da ulteriori anche lontani trapiantamenti. Se la placca non si esulcera, come suol fare col tempo, queste invasioni sono meno facili; facilissime poi se la papula cade nell' ulceramento: in tal modo valgono quanto l' ulcero molle, del quale tengono le note proprietà locali e generali e fra queste di non ingenerare così agevolmente la sifilide costituzionale, non mancando però di svolgerla, come ne dà segno talfiata, allorchè trovandosi la placca ulcerata impronta i caratteri dell' ulcero indurato, primo anello della lue generale.

Il terzo punto adunque della tesi del *Thiry* e cioè che la sifilide costituzionale si produce soltanto quando l' ulcero sovraposto al tubercolo termina con indurimento, deve esplicarsi a mio avviso nel seguente modo: quando l' ulcerazione della placca mucosa impronta i caratteri dell' ulcero calloso ciò significa incoata sifilide, in quanto che l' accidente locale è diventato secondario o costituzionale, fenomeno avverabile nello stesso ulcero molle.

La stima che meritamente nutro inverso il ch. *Soresina*, mi spinse a tentare la cura delle placche mucose mediante l'applicazione continuata dell'acqua fredda. Nei casi in cui finora mi fu concesso adoprare tale medela ho veduto verificarsi quanto assevera il dotto sifilografo milanese (1), vale a dire la totale scomparsa del tubercolo nello spazio di circa un mese, senza lasciare traccia di se laddove esisteva. Tale vantaggio non ho potuto d'altronde sempre conseguire quando la papula era invasa dall'ulcerazione che facilmente veste i caratteri del difterismo: in tale incontro meglio corrispose la cauterizzazione fatta col nitrato d'argento, ovvero coll'acido fenico.

Fatto il confronto fra l'azione risolutiva dell'acqua fredda e l'acido fenico, non ho trovata rilevabile differenza terapeutica fra loro. Ora sto tentando l'applicazione del colodion, di cui dirò i risultati in altro tempo.

Mi permetta il ch. *Soresina* di esaminare criticamente alcune sue riflessioni relative alle placche mucose al cospetto della medicina forense. Dice egli che verificandosi il giudizio del prof. *Thiry* avverebbe un radicale rivolgimento tanto sul metodo di cura, quanto nei verdetti di medicina legale: in quanto alla cura sarebbero esclusi i mercuriali, se la placca fosse un morbo realmente semplice; ed in quanto al foro la sola presenza dei tubercoli mucosi non autorizzerebbe più la dichiarazione di morbo sifilitico, da cui il giudice può far dipendere un'erronea decisione con sommo ed incalcolabile danno dell'umanità.

In quanto alla prima parte, ossia alla cura, io dirò che se di sovente l'indole di questa esplica la natura del morbo, non sempre però il giudizio mosso da simile base serve ad una legittima conclusione, tanto più se si riflette che distinti sifilografi vantano coi fatti alla mano la virtù terapeutica degli idrargirici contro le placche mucose, come io stesso ho ripetutamente verificato. E qui giova notare che la scienza possiede non rari fatti, in cui abbisognò invocare l'uso interno del mercurio, se si volle distruggere quelle placche che avevano resistito ai più energici rimedi locali. E difatto quale è la forma più comune della sifilide che il lattante contrae da nutrice sifilitica? È la papula alle labbra, alle natiche, ai genitali ecc. e forse che la si toglie colla sola cura locale? Chi ebbe fra mani tali malori, sa bene che senza la cura mercuriale non si guarisce cotal morbo venereo infantile. E quindi l'eloquente parola dei fatti vi spiega che la papula se appare ora come morbo locale, lo è pure talaltra un segno di sifilide costituzionale. Fenomeno che accordasi colla stessa sua tessitura istologica, come altrove ho accennato.

---

(1) Sulla natura dei tubercoli mucosi nelle prostitute — Gazz. Med. Italiana-Lombarda Ser. 5 Tomo 3 Anno 1861.

E forse che l'ulcero molle diversifica da quell'ulceramento che spetta all'ectima sifilitico, in modo da permettere a fatto compiuto un solido diagnostico differenziale? Se sul prepuzio avvenne per caso una pustola d'ectima sifilitico, e voi esaminate l'infermo quando il male ha preso il sembiante di ulcero, si è sempre in caso di pronunziare un positivo diagnostico, e di dire questo è il vero ulcero molle, l'altro é l'ulcero dell'ectima? Eppure qui vuolsi il mercurio, e là si esclude e si condanna.

La rubeola sifilitica e le altre sifilidi che il *Diday* chiama benigne e vuole lasciate a se o curate colla semplice cura igienica perchè cessano talora spontaneamente ed anco per sempre, danno esse ragione perciò di spogliarle dalla loro proprietà specifica e di riconoscerle non subordinate all'opera del mercurio? Io so bene la vostra risposta tanto più che la conforterete col fatto clinico della necessità ordinaria del mercurio per vincere cotali malori. Le cose adunque finora dette lasciano concludere, se non erro, che se la terapeutica è un buon soccorso giudicatorio, non lo è tale però da permettere un assoluta sentenza. Non bisogna obbliare che la scomparsa spontanea di taluno accidente sifilitico lungi dall'accennare ad una guarigione, non è altra cosa invece che una tregua della sifilide.

Se i miei lettori ed i medici pratici trovano giuste le cose per me dette intorno le papule, dovranno pur convenire che in faccia al foro rimarranno esse quale un segno di morbo venereo, nel modo stesso che si considera tale l'ulcero molle, il quale a mio avviso incarnasi colla papula mucosa per valore patologico e terapeutico.

Per escludere i tubercoli mucosi dal novero dei malanni venerei, bisogna provare con fatti ineluttabili e positivi, che nascono spontanei nelle vergini e nelle spose di casto letto, locchè finora è un fatto negativo: mentre poi è avvenimento giornaliero accertato, che le placche mucose si riscontrano nella meretrice, o nelle donne che ebbero un impuro concubito. Io non ho mai curato donne oneste malate di tubercoli mucosi che giustamente non accusassero il marito infetto. E dopo ciò non dovrassi tenere per venerea la papula mucosa?

Per ulteriori cognizioni relative alle papule mucose veggasi la mia prima lettera.

Fuvvi taluno che scorgendo i benificii da me conseguiti in questo sifilicomio contro le papule mucose mediante l'applicazione non interrotta dell'acqua fredda, ad imitazione del ch. dott. *Soresina* di Milano, temette che potessero riuscire stabili, e pose innanzi una facile recidiva, poggiando il suo dire nel ritenere che le papule mucose sono un accidente venereo secondario.

Io credo poter rispondere a tali cose nel modo che vengo ad esporre.

E prima dirò che finora non ho avute recidive, come in generale non le

ebbe il *Soresina*, locchè è potente risposta all'avvisato timore. Che poi la papula mucosa possa essere ancora un accidente venereo locale, è forza desumerlo dal benefico risultato delle cure esclusivamente topiche, la qual cosa non suolsi conseguire allorchè trattasi di accidenti sifilitici costituzionali.

Io penso che le papule mucose di *prima manifestazione* possano equipararsi all'ulcero molle e perciò sono d'ordinario accidenti circoscritti o locali: e difatto se inoculi l'umore della papula mucosa isvolgesi un ulcero molle, e questi a sua volta può originare quella, od in essa trasformarsi in luogo.

Che se la papula mucosa è morbo talfiata locale talaltra invece è l'espressione di sifilide costituzionale, come già dissi e provai nella prima mia lettera. Se precedette un'ulcero e poscia in altra parte del corpo apparvero placche mucose, oppure la placca mucosa fu data ad una località ove visse e spirò, parmi che nel primo fatto parli la lue confermata, mentre nel secondo non si ha che un'infezione circoscritta, a cui sono inerenti gli attributi dell'ulcero molle.

Un segno che mi valse in generale a differenziare la placca mucosa locale dalla sintomatica di sifilide, si fu la nota pleiade gangliare, compagna al morbo nel secondo caso, manchevole nel primo. Di più parvemi che le placche costituzionali prediligessero le mucose, mentre le altre preferivano la cute: sembrommi pure che queste secernessero larga copia di quel umore, il cui effluvio nauseabondo è troppo noto, mentre le altre adoprerebbero oppostamente: fenomeno differenziale tanto elevato, se si confronta la papula in discorso con quella che costituisce la sifilide papulosa; mentre analoga è la loro istologia; dalla quale rilevasi che l'eccessiva proliferazione di giovani cellule epiteliali esplica l'umore caratteristico delle placche mucose primitive; umore che manca nella sifilide papulosa per diffetto della sumenzionata proliferazione.

Ai giovani medici incerti nel giudizio per la scelta della cura, consiglio anteporre la medicatura topica, la quale ben presto addimostra la sua potenza se il malanno è guasto locale. Nei casi dubbi è sempre meglio premettere le cose semplici ed innocenti.

Relazione di quanto si è osservato nella apertura del cadavere dell' Ill.mo Signor Cavaliere Forte Amforti, morto nella notte dopo al dì 15 Marzo 1720 ab Incarnazione.

Prima d'ogni altra cosa dopo subito aperti ambedue i ventri medio e infimo, si osservò che dentro alle loro cavità non era stravasata o raccolta por-

zione alcuna di siero, e in conseguenza si vide chiaramente che il predetto Signor Cavaliere non era stato, nè era morto idropico, siccome più volte io in vece mi ero dichiarato, non esser egli infermo d'idropisia.

Nella osservazione di poi fatta intorno alle viscere tutte contenute nei mentovati due ventri, due sole di detto viscere si osservarono esser viziate e lontane notabilmente dallo stato naturale, cioè il cuore e il fegato: e circa al fegato, si riconobbe dotato per tutta quanta la sua sostanza di una somma e non naturale densità e durezza, non dissimile alla durezza di un sughero, senza però essere punto infiammato, nè impietrito; e perciò un somigliante vizio del fegato può essere stata una disposizione al suo male, ma non già una prossima ed immediata cagione della sua morte, e dei funesti accidenti della sua infermità.

Il cuore bensì è comparso talmente viziato che può far credere giustamente ch'egli sia stato (come suol dirsi) la pietra di tutto lo scandalo. Imperocchè in primo luogo si osservò: che la sua mole e grandezza compariva tre volte maggiore del dovere e della misura proporzionata al corpo di un uomo; lo che principalmente procedeva dall'essere ambedue i suoi interni ventricoli sfiancati, rilasciati e dotati di una larghezza straordinaria, ed in particolare il ventricolo destro era slargato in eccesso, e perciò ambedue i detti ventricoli si erano per tale sfiancamento ridotti a possedere poco di forza nella loro contrazione; onde il sangue veniva da essi debolmente spinto e scagliato nelle arterie, e quindi procedeva la sua tardissima circolazione e la perpetua irregolarità, piccolezza e spesso ancora la totale mancanza dei polsi; quindi la difficoltà di respiro; quindi la gonfiezza delle gambe, e quindi finalmente sono proceduti tutti gli altri sofferti accidenti.

Al sopradetto vizio del cuore consistente nella descritta relazione de'suoi ventricoli, si osservò esser aggiunta un'altra lesione di somma importanza, la quale era, che dove naturalmente il cuore deve essere ricoperto e vestito di una tunica chiamata pericardio, che a guisa di una barra lo contiene dentro di se, ma deve essere tutta staccata dalla sua superficie, e tra il cuore ed il pericardio deve trovarsi una giusta porzion di siero, nel quale il cuore stia nuotando. Così fatte leggi della natura erano quivi tutte distrutte; imperocchè non solamente tra il pericardio e il cuore non era punto di siero, ma il pericardio medesimo che suol essere una tunica molto sottile, era divenuto assai grasso, e invece di essere staccato dal cuore, era tenacemente d'ogni intorno alla superficie di esso cuore affisso o aderente, di modo che non si poteva da lui distaccare senza lacerare la sostanza del cuore. La qual cosa quanto possa aver cooperato al producimento della infermità del prefato Signor Cavaliere, e degli accidenti a quella uniti, si lascia che sia giudicato dai periti medici ed anatomici.

G. Del Papa.

Lettera del prof. Gabriele Minervini al ch. prof. cav. Camillo Versari.

Rispettabile Sig. Cavaliere.

Leggendo nel Giornale della Società Medico-Chirurgica di Bologna un Sunto di una sua Memoria sulla Ovoluzione ritenuta causa della mestruazione nella donna, opinione che la S. V. intendea di esaminare collo scopo di farne la critica, credei di scorgere che V. S. avesse emesse alcune idee che s'incontravano con quelle già da me manifestate in un mio lavoro appunto sulla mestruazione.

Oggi che la S. V. Ill.ma ha avuta la somma cortesia d'inviarmi per intero la Sua dotta Memoria, della quale La ringrazio, Le confesso candidamente che quel sunto troppo ristretto, non mi avea posta precisa idea del pregiato suo lavoro.

L'indirizzo che mosse entrambi era diverso, quindi quello che venne appena da me accennato, qual'era appunto per quanto dovesse valutarsi la influenza della ovoluzione sulla mestruazione, da V. S. è stato svolto con profusione di argomenti positivi, che quasi non lasciano più dubbio nel rigettarla.

Fu grande la mia compiacenza, quando rilevai dalla medesima scrittura, che partecipavamo alcune opinioni, che per incidente caddero nel suo discorso, poichè io ho fatto sempre gran caso del suo senno pratico, e La ho ritenuto informato a' principii della più sana patologia, considerandola tra quelli professori, i quali sappiano con maggior chiaroveggenza valutare la etiologia dei fatti organici fisio-patologici.

Dopo il detto, riconosco di nuovo che nel suo lavoro sulla ovoluzione, affatto originale, non vi ha che alcun punto di rapporto, con qualche idea manifestata nelle mie Memorie Fisiologiche riguardanti la Mestruazione, e ciò mi ha prodotto lo ripeto quì, grande soddisfazione nell'animo. Finalmente riguardo alla mestruazione nella donna, facendola io come par che intenda anche V. S. derivare da un complesso di fatti organici, amerei ora ch'Ella mi dica, se la opinione da me manifestata intorno alla relazione e discendenza etiologica per dar ragione di quella funzione presso la donna, abbia meritata la sua approvazione.

V. S. par che contrasti la idea della pletora, ma i miei studii sulla donna considerata anatomicamente nella sua organizzazione, ed accompagnandola nello svolgimento del corpo di lei, e nella sua vita regressiva, ponderando i fatti biologici, e quelli che si pronunziano in alcune incidenze morbose e sociali, mi fecero parteggiar quella opinione, essendo la sola pletora quella che di tutto porgeva più accettabile spiegazione.

Accolga Sig. Cav. Chiariss. i sentimenti della mia stima e conservi il Suo affetto a colui che ne va orgoglioso e che con ogni ossequio si dichiara

Napoli 21 Luglio 1865.

Il Suo Dev.mo Servitore
Gabriele Minervini.

Al Chiarissimo Professore
Il Sig. Cav. Camillo Versari

MEMORIE ORIGINALI

Anatomia patologica istologica della sifilide. Prolusione al corso di Sifilografia e Dermatologia dell' Anno 1865 nello Spedale di Sant' Orsola del prof. cav. *Pietro Gamberini.*

Dacchè l' immortale *Morgagni* inaugurò con tanta sapienza lo studio pratico dell' Anatomia patologica, la Clinica Medica avvantaggiò in maniera così progressiva, che laddove il vago campeggiava subentrò il positivismo, ove le tenebre, successe la luce, ove finalmente il falso, dominò la verità che fu strada a più luminose utilissime scoperte. Ogni cosa nei suoi primi momenti di rado prestamente giganteggia, ma solo progredisce migliorando, se molte circostanze la soccorrono e la rinfrancano: così avvenne dell' anatomia patologica, la quale pigmea ne' suoi albori, venne lenta a quella virilità che oggi appare robusta ed esuberante di vita. E perchè mai in un tempo, che può dirsi breve, l' anatomia patologica odierna ribocca di tanta luce da porgerne larga copia a pressochè tutto lo scibile medico? Perchè lo studio indefesso che ne fanno i sommi

di tutte le nazioni; perchè i mezzi che ci permettono di scrutinare l'intimità della materia; perchè l'ausilio generoso di altri rami di scienza, sono tutti argomenti che ci svelano dei rapporti, dei legami, e delle dipendenze, che elocubrati da una sana induzione filosofica ci svelano delle verità, o ci sospingono per una via che sapientemente esplorata ci fa conseguire più o meno presto il bello ed il buono.

Ma l'argomento che porse tanta luce all' anatomia patologica fu certamente ed è senza dubbio il microscopio, quel istrumento il quale mancando al *Malpighi* ed al *Morgagni* non permise loro di darci ciò che più tardi ci venne concesso dagli studi del *Lebert*, del *Virchow*, del *Rokitansky*, del *Gluge*, del *Wagner*, del *Pacini*, del *Sangalli* e di altri chiarissimi osservatori. Non occorre che io vi dica come la chimica organica pure confortando e soccorrendo quelle investigazioni, facilitò talune scoperte, rassodò corollari, porse stabile fondamento a taluni ritrovati che attendevano l' ultima parola giudicatoria. Io non insisto su tale dimostrazione avendo a sostegno il fatto di tutto giorno sia al letto degli infermi, che nei laboratori governati da chi ha diritto di sedersi a scanna.

Un tempo, non remoto, parlava il linguaggio dell'anatomia patologica in modo da cennare quasi esclusivamente la corteccia dei guasti che rintracciavansi, nel cadavere: quindi il frutto che sotto quella ascondevasi, motivava sovente esplicazioni simboliche, faceva supporre metamorfosi improvate, stabiliva rapporti che poscia scomparvero, e creava degli enti che non sempre furono di ragione, ma che più tardi si viddero ripugnare fra loro.

Nell' ansia di pur rintracciare un vero filo di Arianna che permettesse la conoscenza del labirinto che sta racchiuso nelle varie lesioni del nostro organismo, insorse la scuola istologica, la quale districò molti nodi, dissipò infinite tenebre, e progredendo tutto giorno con un' alacrità maravigliosa all' ombra della teoria cellulare, ci promette un avvenire di reale progresso.

Forse lo studio ed il perfezionamento dei mezzi che oggi sorreggono lo studio dell' istologia patologica potranno condurci ad altra meta, forse migliore ed insperata; a me spetta oggi dirvi il presente; l' avvenire potrete voi stessi crearlo coll' amore alla scienza, e col genio che mai tramontò sotto il cielo d' Italia nostra.

Nella mia qualità di Clinico specialista delle malattie veneree verrò esponendovi in succinte frasi l' anatomia patologica della sifilide, valendomi di tutto quanto può servire a farla chiara ed armonica colla terapeutica, scopo precipuo del mio insegnamento. Invocando la vostra discrezione, che oso sperare non mi verrà mai meno, vi darò in concambio tutto quel poco che solo la mente mia mi permette esporvi e far cosa vostra.

L' anatomia patologica della sifilide a mio avviso si compone di tre atti o lesioni principali, le quali ora corrono distinte, ed ora porgonsi reciprocamente la mano. Questi tre atti sarebbero l' escrezione, la soluzione di continuo, la neoproduzione: intermedi a questi starebbero i coloramenti, la disquamazione, e le neurosi: al letto degli infermi scorgerete ben presto o Signori, che se questi fenomeni corrono da se la loro via, vale piuttosto un' eccezione di quello che una legge, mentre d' ordinario esprimono l' esordio o la fine dei tre primi atti summenzionati. E senza più vengo a tenervi parola del primo atto, che dissi di Escrezione, e quali siano i responsi dell' istologia, della chimica organica, nel senso sempre dell' anatomia patologica.

Blennorragia — E a tutti noto come il muco che scaturisce dalla cavità uterina sia di natura alcalina, mentre acido sia quello che spalma la parete vaginale. Non può dirsi l' indole costante del muco che spetta al canale uretrale, perchè la versatile natura dell' urina, guasta e disturba la qualità del muco che rintuzza l' opera irritante di quella; sembra però che acida sia prevalentemente la mucosità uretrale, per cui ecce-

dendo ingenera talfiata il bruciore d'urina, che presto scema e scompare usando bevande alcaline.

Se voi esplorate col microscopio l'umore della blennorragia vaginale riscontransi ben presto molte cellule di epitelio pavimentoso, commiste a larga copia di corpuscoli purulenti, e ciò in proporzione dell'intensità del morbo: se poi lo scolo è ridotto ai minimi termini è facile scoprirvi il Trichomonos vaginalis del *Donnè*, ed alcune crittogame vicinissime al Leptothrix buccalis di *Robin*.

E qui giova notare che mentre il *Donnè* esclude nel muco fisiologico il suo infusorio vaginale, lo mostra invece esistente in tutte le donne, affette da vaginite blennorragica, in compagnia di vibrioni: una sentenza diametralmente opposta ve la porgono il *Köllicher* e lo *Scanzoni*.

Una tale divergenza capitale fissò l'attenzione del nostro fisiologo prof. *Paolini*, il quale dopo ripetute osservazioni e dotti ragionari giunse a concludere, che solo il muco guasto e decomposto dà motivo allo svolgimento d'infusori, come succede in talune piaghe neglette o date alla sporcizia; se invece si esamina il muco-pus di recente formazione, rinvengonsi le sole caratteristiche istologiche superiormente esposte.

Dissi che il muco genitale componevasi di cellule epiteliali con alquanti globuli di pus involti e dispersi nel liquido mucoso. La donna che vende sfacciatamente se stessa, ci offre un esempio del facile predominio dei globuli o corpuscoli purulenti dall'oggi al dimani, e come pure dall'oggi al domani svanendo, dia al muco uterino quella limpidezza incolore ed il niun odore che alcune ore prima non possedeva. Ecco spiegato come di vari individui che in un giorno usarono quella donna taluni siano colpiti da uretrite, ed altri ne tornino compiutamente indenni. Ecco pure fatta nota la ragione per la quale la meretrice sorvegliata dà la blennorragia, che è benigna, che non ha conseguenze, che non è sifilitica. E l'abuso del coito in accordo col vivere disordinato e crapuloso che

favorisce l' esuberanza dei corpuscoli purulenti, motivo fondamentale dell' uretrite.

A taluno piacque fantasticare che la natura istologica del muco-pus blennorragico dovesse esplicare la sua contagiosità, e che da essa potesse emergere la sua capacità sifilizzante. Furono sogni: il microscopio e la chimica organica provarono chiaramente che l' esuberante secrezione delle mucose costituiva sempre un' identica cosa, costante per la qualità, variabile per la quantità e nulla più. E l' elemento specifico? Aspetta ancora chi sappia indovinarlo e scoprirlo.

Se mai vi occorre scrutinare il muco-pus che sorte dagli organi genitali specialmente muliebri, torna indispensabile esaminare mediante lo speculum la vagina e l' utero, per accertarsi se siano colpiti dalla sola blennorragia, oppure da qualche disordine avente in se una particolare istologia. La mancanza di simile cautela origina falsi giudizi, ed erronee conseguenze.

Perchè poi siavi nota l' importanza delle indagini chimiche relative all' umore blennorragico, dirovvi o Signori, che la guarigione di un uretrite talora dipende da bevande acide od alcaline, perchè necessita combattere l' opposta natura predominante del muco-pus.

Passo ora a tenervi discorso di quel secondo atto morboso sifilopatico che è costituito dalla soluzione di continuità, a capo della quale pongo l' ulcero, primo anello dei mali venerei, e che per la sua forma anatomica viene distinto in molle ed in calloso; circostanza che creò le due scuole sifilografiche degli unicisti e dei dualisti, delle quali a suo tempo dirovvi l' importanza e le ragioni.

Ulcero molle — L' ulcero molle, detto anco semplice ed a torto non infettante, produce una secrezione che esordisce con una pustola, il cui liquido esaminato microscopicamente dal *Szabadfoldy* presentò cellule arrotondite, ed altre con diversi prolungamenti, che sotto l' occhio dell' osservatore cambiavano

di forma facendosi ovalari, mentre le appendici apparivano e scomparivano, oppure prolungavansi a modo di sembrare cellule ciliate; alcune somigliavano a quelle dei tumori cancerosi, ma più pallide e più voluminose. Il rapido movimento diveniva lento per cessare sotto l'azione dell'acido acetico, il quale faceva svanire tutti i prolungamenti; più tardi non rimasero che globuli di marcia, e quindi alla pustola tenne dietro l'ulcero caratteristico.

Ripetendo io pure queste indagini microscopiche, parvemi che nella comparsa e disparizione dei prolungamenti delle cellule intervenisse un errore ottico motivato dalla refrazione della luce, operante sulle cellule che erano in movimento, giacchè una medesima cellula ora era rotonda, ora ovalare ed ora con e senza il surricordato prolungamento. Vidi pure come l'acido acetico esuberante, ed è cosa naturale, dissipava prestamente le cellule; mentre ciò non avveniva se adoperavasi in piccolissima copia. Concludo la mia osservazione microscopica dicendo che il pus dell'ulcero molle venereo nulla mi offerse per poterlo differenziare dal liquido di altre pustole non sifilitiche.

Il *Donné* volle che il pus delle ulceri sifilitiche avesse il carattere particolare di racchiudere vibrioni lineari, i quali introdotti sotto l'epidermide coll'inoculazione si riproducono e si moltiplicano nella pustola consecutiva.

Valgano per tali asserti le critiche annotazioni che io feci parlando del pus blennorragico, e valga infine il ritrovato negativo di tali vibrioni nel pus recente dell'ulcero molle, ossia appena deposto alla superficie della piaga. A me parve che in qualche caso i vibrioni lineari non fossero che frammenti di cellule epidermiche.

L'istologia adunque del pus dell'ulcero molle si confonde con quella del pus delle altre piaghe che hanno loro sede sull'apparecchio cutaneo.

Ulcero calloso — Parecchi distintissimi micrografi istudia-

rono ripetutamente l' istologia del tessuto che spetta all' ulcero calloso, indurato od infettante.

Il *Robin*, il *Lee*, l' *Ordonnez*, il *Marchal*, il *Lebert*, e l' *Acton* ci fanno sapere esistere ipertrofia dello strato epidermico; che le cellule epiteliali delle digitazioni interpapillari sono molto serrate e racchiudenti un umore trasparente e coagulabile dall' alcool; che la linfa plastica e gli elementi embrionari del tessuto connettivo, che sono caratterizzati da nucleoli liberi ovalari e rotondi da corpi fusiformi, fibro-plastici e da copia di materia amorfa, infiltrano le fibre elastiche cutanee, il tessuto cellulare ed anco le parti più profonde a norma del grado di callosità che spetta all' ulcero in discorso.

Insegna il *Baerensprung* colorirsi in rosso la parte granulosa amorfa costituente la base dell' ulcero indurato se viene tocca dalla soluzione di iodio: il quale fatto venne da me ripetutamente verificato. L' illustre Clinico di Berlino concluse per l' identicità fra l' essudato dell' ulcero calloso e gli spandimenti sifilitici di altri organi. La quale sentenza riceve conforto dal dettato del celebre *Virchow*, il quale afferma che l' ulcero indurato si compone delle medesime proliferazioni che costituiscono i tumori gommosi degli organi interni: tali proliferazioni consterebbero di tessuto connettivo con distruzione degli elementi, in fine di granulazioni grassose e con ispessimento che riscontrasi nei tumori gommosi nodosi delle parti interne.

Il *Michaelis* coll' esperimento inoculatorio cercò addimostrare che la propietà infettante dell' ulcero indurato risiede nel detritus.

Se bene si studia la descrizione dataci dal *Lebert* dell' ulcero indurato, che non armonizza con quella del tumore gommoso, ciò procede a dire del *Virchow*, che il *Lebert* studiò l' indurazione dell' ulcero nello stadio iniziale, ed il tumore gommoso nel periodo di metamorfosi caseosa.

Al cospetto di simili autorità io dovrei tacermi, e quindi

non oso impugnare il loro asserto d'identità istologica. Siami solo concesso di notare che mentre i materiali dell'ulcero calloso valgono a trasmettere nel sano un ulcero calloso, quelli invece della gomma trapiantati sul vergine di sifilide hanno un risultato inoculatorio assolutamente negativo. Ciò valga ad infermare l'asserto del *Michaelis*, che non è il detritus che infetta, ma è bensì l'elemento specifico ad esso incarnato che vale a trasmettere la malattia; e che la pura istologia patologica non esplica la contagiosità dei morbi apicaticci.

Ma ritornando all'esame microscopico del tessuto calloso dell'ulcero, evvi il *Lebert* che ce lo descrive costituito nei suoi primi tempi di un giallo rossastro pallido, di aspetto particolare, brillante, molle, elastico, che compresso lascia sortire un succo biancastro, alquanto torbido, filantissimo: i vasi sono numerosi e ramificati alla superficie. Scorgonsi a preferenza dei nuclei ovali e rotondi del tessuto fibro-plastico, dei corpi fusiformi, e proporzionalmente una piccola copia di cellule complete: le fibre cutanee divaricate da questa essudazione fibroplastica accolgono gli elementi istologici sumenzionati.

Col progredire del male, osserva il *Vircow*, avvengono nel tessuto dell'ulcero calloso quelle stesse metamorfosi grassose e granulose che caratterizzano ordinariamente le gomme: le quali metamorfosi, io aggiungo, emergono chiarissime nella pleiade inguinale allorchè passa alla fusione ed impiagamento.

Le ulceri che conseguitano all'infettamento sifilitico costituzionale non permisero finora al microscopio di rinvenirvi cosa alcuna degna di rimarco, sempre che non abbiano per substrato un qualche neoplasma sifilitico.

L'istologia dell'ulcero calloso sifilitico è esclusiva a tale malore a modo da comporre un carattere patologico univoco e differenziale? E pur d'uopo il confessare che tale indurazione è costituita presso a poco dei medesimi elementi che compongono gli spandimenti plastici, di cui seguono le leggi di evoluzione.

Questa è la parola dell' oggi; ma uno studio ripetuto e costante di micrografia potrebbe cangiarla all' indimani. E siccome la natura con piccole mutazioni istologiche procrea enti morbosi distintissimi ed oppositi; così una lieve variante scoperta nel plasticismo della callosità dell' ulcero, potrebbe improntare a questa un tipo tutto proprio e particolare. Io insisto grandemente sopra una tale ricerca, imperocchè la mia mente riconosce che se vi sono effetti simili procedenti da diverse cagioni, vi stanno pure risultanze distinte procreate da analoghe cause.

Il tempo dirá se il mio sospetto fu una chimera.

Neoplasmi — Il terzo atto o lesione principale della sifilide è costituito dalle Neoproduzioni, le quali al giorno d' oggi motivarono profondi studi microscopici per parte in ispecie del *Virchow*, del *Lebert*, del *Wagner*, del *Wilks*, dell' *Iacksch*, dell' *Oppolzer*, del *Rokitansky*, del *Concato*, del *Budd*, del *Verneuil*, del *Lancereaux* e di altri. Ma prima di internarmi nell' argomento permettetemi che io vi ricordi i nomi di coloro che illustrarono l' anatomia patologica della sifilide, affinchè siavi dato di interrogarla per apprendere la scienza sifilografica.

Dessi sono l' *Hunter*, il *Ricord*, il *Gubler*, il *Depaul*, il *Morgagni*, il *Bonet*, l' *Andral*, il *Crouveilhier*, il *Broca*, il *Duhamel*, il *Legrand*, il *Lagneaux*, il *Buisson*, il *Nimeyer*, il *Concato*, l' *Oppolzer* e buona parte infine dei micrografi altrove ricordati.

Alla testa di coloro che illustrarono il neoplasma sifilitico va posto senza dubbio il *Wagner*, le cui dottrine sul sifiloma possono essere riassunte nel modo che passo a dire (1).

Avendo esaminati tre casi di neoproduzione sifilitica esistente sulla cute e sul cranio, e tutti i tumori sifilitici giacenti nel museo anatomo-patologico di Lipsia, e molti altri di

---

(1) Arch: der Heilkunde IV. p. 1. Anno 1863. Ebdomad. clinico 7. Marzo 1863.

natura dubbia, giunse il *Wagner* a concludere: esservi una neoproduzione sifilitica costituzionale di struttura determinata, come vi è una neoproduzione tubercolare, sarcomatosa, carcinomatosa ecc.

Ecco le osservazioni e dottrine dell'Autore (1).

1.° È probabile che il sifiloma possa svilupparsi in tutti gli organi e tessuti vascolarizzati.

2.° Il sifiloma osservato allo stato di recente estirpazione presentasi come una massa grigio-rossigna; molle, omogenea, da cui non è dato spremere umore veruno, ma solo può essere fatto uscire poco liquido mucoso, più o meno torbido, talora invece limpido. Il sifiloma ora costituisce masse nodose di varia grandezza, fino a quella di un pugno, di forma rotonda, od irregolare, con limiti talora ben marcati; ovvero presenta delle infiltrazioni diffuse in diversa estensione, ed in fine forma masse nodose sparse in una diffusa infiltrazione.

3.° Dopo variabile durata il sifiloma od atrofizza ed aggrinza, od esulcera, ovvero subisce ambedue le modificazioni. Il sifiloma che atrofizza e si assoda è una massa grigia, o grigia giallastra, consistente assai e semiarida: se si esulcera, dà graduata perdita di sostanza, offre irregolari sinuosità ed escavazioni, racchiudenti liquido siero-mucoso, ovvero avvanzi di una massa gialliccia e soda, oppure di mollezza caseosa.

4.° Gli essenziali elementi del sifiloma sono, cellule o nuclei, od ambedue assieme con prevalenza dell'un elemento fra i due. I sifilomi di recente sviluppo e le periferiche porzioni di sifilomi da lunga pezza esistenti, constano per lo più di soli nuclei od intermisti a poche cellule: i sifilomi di lunga data e non molto atrofizzati sogliono comporsi di sole cellule con pochi nuclei frammisti, che nulla hanno di caratteristico: hanno 1/300 di linea di diametro, sono rotondi ed hanno un

---

(1) Veggasi pure in proposito la pag. 444 del Vol. 23 Anno 1865 di questo stesso Bullettino, che parla del Sifiloma del *Wagner*.

nucleolo ben distinto. Le cellule rassomigliano affatto ai bianchi globuli del sangue: assai distinta è la loro membrana; il nucleo è relativamente voluminoso.

5.° Sopra ogni altra cosa è caratteristico il rapporto di queste cellule e dei nuclei coll' attorniante sostanza o tessuto: diffatto nel massimo numero dei casi le cellule ed i nuclei giacciono isolati in piccolissime cavità, contornate da tessuto connettivo in piccolissima copia, per cui fra le singole cellule ed i singoli nuclei sono visibili poche ed esili fibre. Talora veggonsi più cellule od alveoli allogati assieme, oppure disposti in linea, circondata da una specie di doccia di tessuto connettivo.

Ove sta il neoplasma sifilitico poche alterazioni subiscono i capillari ed i vasi maggiori.

Non è uniforme l' infiltrazione delle cellule e dei nuclei; è a distinti focolari microscopici separati da spazi privi di cellule e nuclei.

6.° Frequentissima metamorfosi del sifiloma è l' atrofia semplice dei nuclei e delle cellule, per lo più coesistente in metamorfosi adiposa, in estensione e grado non notevole, e quindi formansi ulcerazioni ed escavazioni. Se il processo d' atrofia colpisce il sifiloma lungi dalla cute o dalla mucosa, senza che gli strati superiori di queste siano infiltrate in allora sviluppansi alla superficie cutanea e mucosa delle retrazioni ed aggrinzamenti, come se fosse un tessuto cicatrizio.

7.° L' influenza del sifiloma sulla nutrizione di quel tessuto ove si sviluppa, concorda generalmente coll' influenza delle neoproduzioni tubercolare, carcinomatosa, tifosa ecc.

Il sifiloma della cute è poco noto istologicamente benchè frequente, locchè deve ascriversi alle non gravi affezioni cutanee che ingenera.

Dette le cose generiche delle neoproduzioni sifilitiche, passerò ora a narrarvi succintamente il neoplasma che riscontrasi in diversi punti dell' organismo; io prenderò le mosse dal

cervello, portandovi innanzi le osservazioni dell' *Iacksch*, del *Wilks*, del *Virchow* che primeggiano su quelle di altri anatomo-patologi.

Cervello. — Osserva il *Iacksch* che i prodotti sifilitici del cervello sono variamente modificati ed estendentesi in periferia. La neoproduzione più comune è la trasformazione in tessuto cicatrizio calloso e ratratto, con aderenza alle parti vicine. Ove la sostanza cerebrale è colpita, cede il luogo o piuttosto è sostituita da un nodulo calloso. Assai di rado rinvengonsi delle cisti, e pochissime volte dei focolari di rammollimento. La gomma fu scorta su tutti i punti del cervello e dei suoi involucri, come assevera lo stesso *Virchow*, il quale ragionando la sifilide cerebrale, ci fa edotti che la paralisi sifilitica può derivare da un' affezione speciale e diretta dei nervi, ma ancora indirettamente da un' interruzione nel corso sanguigno: se voi studierete le opere del *Zambaco*, del *Gros*, e del *Ladreit de Lacharrière* che trattano i mali nervosi per sifilide, vi sarà concesso rilevare l' aggiustatezza degli insegnamenti dell' illustre professore di Berlino, il quale in pari tempo non esita a pubblicare poter essere innumerevoli le modificazioni della polpa cerebrale, ma è pur d' uopo dirlo che fino ad ora nelle paralisi legate evidentemente alla sifilide, l' autopsia non diede che risultati negativi.

Seguita il *Virchow* a dire che la lesione più importante del cervello è la gomma; è però difficilissimo differenziare il tubercolo specifico dal tubercolo ordinario dell' encefalo. Confortano il diagnostico l' anamnesi, la coincidenza patologica, e l' analogia, quali mezzi soccorsero il giudizio di neoproduzione sifilitica emmesso da un *Oppolzer*, un *Gjör*, un *Bedel*, un *Lebert*, un *Dittrich*, un *Dixon*, un *Faures* ed altri.

Il *Wilks* parlando del cervello e dei nervi assevera non essere bastantemente nota la natura delle loro lesioni sifilitiche per ciò che riguarda la vera sostanza nervea, per cui non potè mai ritenere sifilitici i tumori fibro-plastici che non di

rado esistono nell' interno del cervello: se poi trattavasi di vero neoplasma sifilitico, desso fu costantemente scoperto alla superficie del cervello o sulle di lui membrane.

Il Prof. *Concato* vide due casi in cui la lesione sifilitica era circoscritta agli involucri cerebrali: egli sarebbe d' accordo col *Wilks* sulla prevalenza del sifiloma nelle meningi. — In un cervello di donna sifilitica scoperse una cisti nel lobo cerebrale anteriore destro, che sospetterebbe figliazione venerea. Vedi Ebdom. Clinico N. 22. pag. 172 Anno 1863.

È bene sappiate che il *Lebert* contesta alla sifilide un' influenza qualunque sulla produzione degli ascessi del cervello. Talun fatto però, dice il *Virchow*, combatte il suo asserto.

Fegato. — Il viscere che sembra colpito a preferenza dal neoplasma sifilitico è il fegato: la neoproduzione nell' adulto campeggia alla superficie del viscere sotto forma di noduli rotondi, fibrosi, la cui grossezza sta fra il pisello e l' avellana, per lo più duri, di rado rammolliti nel centro: un segno che vale a riconoscere la loro passata esistenza si è la retrazione del tessuto fibroso, assumente l' aspetto di cicatrice raggiata fenomeno riscontrato dal Prof. *Concato*, e da me pure ripetutamente.

L' *Oppolzer* ci dice che la sifilide del fegato può agevolmente confondersi col carcinoma, colla cirrosi e coll' infiltrazione coloide. Il fegato cirrotico si conosce per la sua piccolezza e per la sua superficie seminata generalmente di ineguaglianze caratteristiche: se però trattasi del secondo stadio della sifilide epatica, è difficile differenziarla dalla cirrosi. La mancanza dell' anamnesi sifilitica, e l' abuso delle bevande alcooliche esplicano la cirrosi.

Nell' incertezza di poter giudicare se il fegato sia guasto da gomma o da carcinoma, spianeranno la via l' età e l' anamnesi.

Non si confonde la sifilide del fegato colla di lui infiltrazione coloide per la forma scabra della superficie del viscere:

se esiste poi un grande tumore di milza, se precorsero ripetute febbri intermittenti, havvi tutta la ragione per abbracciare l' infiltrazione coloide.

A ben conoscere la sifilide epatica trovo opportuna la distinzione fatta dal *Virchow* e dal *Wilks*; in quella che spetta agli adulti sì bene descritta dal *Dittrich*, ed in quella che riscontrasi nei fanciulli narrataci dal *Gubler*.

Nel primo caso predomina la gomma, nel secondo campeggia la degenerazione adiposa, la quale intersecata da tessuto fibro-plastico fa apparire il fegato grosso, rotondo e di una durezza elastica: talora però contiene gli stessi noduli che spettano all' adulto.

Il *Virchow* dice che la lesione del parenchima, affetta d' ordinario la forma di una cicatrice, che sarebbe una depressione alla superficie del fegato coll' aspetto di ripiegatura raggiata, di un colore biancastro. Di più annota che a tali depressioni inserisconsi delle briglie somiglianti a legamenti. Praticata una sezione, queste depressioni al disotto della capsula fibrosa presentano una massa dura, risplendente, resistente, più o meno approfondìta e raggiata, con punti di contatto variabile. Nel mezzo della cicatrice scorgonsi intatti i vasi sanguigni e biliferi; ed in allora la cicatrice è meno resistente, meno bianca, ed offre un aspetto cavernoso singolare. Il più delle volte i detti vasi sono modificati, ed i canali sanguigni offrono dei trombi che finiscono coll' organizzarsi, mentre i biliari sono obliterati da concrezioni biliose: da ciò nasce talora l' itterizia e l' ascite.

Il *Virchow*, con la sapienza che gli è propria, approfondando lo studio della sifilide epatica ammette tre varietà di lesione del fegato, e cioè la periepatite, l' epatite semplice, e l' epatite gommosa interstiziale. Nella prima riscontrasi una specie di eruzione miliare, più grossa ove risponde l' alterazione profonda del fegato. Le tre varietà surricordate ponno esistere simultaneamente e fra loro complicarsi, e quindi avere il deposito miliariforme ed il gommoso.

Il *Frerichs* aggiunge alle forme del *Virchow* la degenerazione amiloide o grassosa del fegato, analoga a quella che emerge da altre cachessie, ed in ispecie dalla diatesi tubercolare e dall' azione della malaria.

Oltre l' alterazione amiloide che impronta al fegato l' apparenza della cera, nota il *Virchow* riscontrarsi talora nel fegato un esteso indurimento, che risulta dallo sviluppo del tessuto connettivo interstiziale, che dà luogo a delle forme di cirrosi, oppure scorgesi un' alterazione particolare delle cellule epatiche analoga al guasto delle cellule renali nella nefrite parenchimatosa. Le cellule epatiche aumentano di volume, il loro contenuto si intorbida e finisce per subire la metamorfosi grassosa consecutiva. Su tale argomento piacciavi consultare la Patologia cellulare dell' autore, che vi darà luce e sapienza.

Pulmoni. — Se *Portal*, *Morgagni* ed altri parlarono di tisi pulmonare sifilitica, nulla dissero di persuadente. Spettava al *Ricord*; poscia al *Lebert* il descrivere esattamente il tubercolo sifilitico, ossia il tumore gommoso, il quale oggi giorno è pienamente riconosciuto mercè gli studi del *Lagneau*, *Dittrich*, *Wilks*, *Virchow*, *Iacksch* ed altri, dai quali puossi concludere che il pulmone contiene non di rado delle essudazioni, che sotto ad ogni rapporto rassomigliano alle neoproduzioni sifilitiche del fegato e degli altri organi.

Il ch. *Concato* mi comunicava che mentre il tubercolo svolgesi all' apice del pulmone, il neoplasma sifilitico invece nascerebbe alla base, avvenimento da me recentemente confermato in un infermo morto in questa clinica, come può scorgersi nel pezzo patologico conservato nel mio gabinetto anatomo-patologico.

Timo. — I fanciulli che soccombono per sifilide ereditaria offrono il timo, secondo il *Dubois*, colpito da infiltrazione purulenta: il *Weber* vi scorse un ascesso, come lo rinvenne in tre casi l' *Hecker*: Il *Virchow* non ha fatti precisi sulla sifili-

de del timo, ed il *Wilks* dice francamente non avere mai trovata questa glandola affetta da sifilide.

Reni. — Mentre il *Wilks* non ha certezza di avere osservato affezioni sifilitiche dei reni, il *Rayer* assevera che l'albuminuria coincide spesso colla sifilide, ed il *Virchow* pronuncia di aver trovato di sovente i guasti renali per causa sifilitica; guasti che consentono con quelli del fegato: aggiunge che le stesse capsule soprarenali, specialmente dei neonati, hanno soggiacciuto talora alla degenerazione adiposa. La nefrite sifilitica pel *Concato* sarebbe simile alla parenchimatosa.

Muscoli Cuore e Lingua. — Ciò che narra il *Buisson* intorno ai tumori gommosi dei muscoli, vale istessamente per quelli che svolgonsi nella spessezza del cuore e della lingua. Consultate il *Ricord* nella sua clinica iconografica, il *Lebert* nel suo Atlante, ed il *Concato* nell' Ebdomadario clinico, e tutto apprenderete intorno ai tubercoli sifilitici del cuore. Il prof. *Concato* mi narrava che in 5 casi di gomma, e cioè in 1 di *Lebert*, in 1 di *Oppolzer*, in 1 di *Virchow* ed in 2 sue proprie osservazioni le gomme svilupparonsi in corrispondenza dell'orificio aortico. Il *Virchow* sentenzia esservi una pericardite ed una endocardite sifilitica, una miocardite semplice ed una miocardite gommosa interstiziale, e la natura dell' affezione del cuore essere in ogni punto identica all' affezione dei testicoli e del fegato. Havvi chi dubita se la sifilide muscolare possa produrre l' ascesso: il *Virchow* starebbe per l' affermativa, ed io l' ammetto positivamente per avere veduti alcuni casi di vero ascesso muscolare prodotto da tumore gommoso caseoso rammollito ed ulcerato.

Relativamente agli altri visceri dirovvi che di rado lo stomaco e gli intestini sono guasti da neoplasmi sifilitici. La mucosa del retto in ispecie può essere gremita di ulceri sifilitici costituzionali, come scorgesi in un esemplare in cera di questo clinico gabinetto patologico. In quanto agli altri visceri ed organi regna ancora il dubbio e l' oscurità, che solo il tempo

e l'osservazione sapranno dissipare. Sul qual proposito dirovvi avermi il Prof. *Concato* fatto noto che nelle membrane sierose colpite da sifiloma, ordinariamente, oltre le aderenze membranacee, la superficie riesce al tatto untuosa come se fosse spalmata da densa soluzione gommosa.

Dal fin qui esposto parmi accettabilissima la sentenza del *Lancereaux*, e cioè le lesioni sifilitiche viscerali presentarsi con tre forme:

1. Forma infiammatoria interstiziale.
2. Forma gommosa.
3. Forma cicatriziale.

Non vi sia discaro il sapere come recentemente il *Simon* di Berlino esponga l'anatomia patologica dell'infiltramento cellulare della pelle nel lupus sia scrofoloso oppure sifilitico. Il lupus dice il *Simon* consiste in un'infiammazione parenchimatosa di tutto il corion, da cui procede infiltramento cellulare che ha origine dal tessuto connettivo sia del corpo papillare che dello strato reticolato del corion. Le glandole sudorifere sarebbero intatte, le sebacee atrofiche, i follicoli pilari allargati e formanti tubercoletti trasparenti bianco-giallicci. L'alterata struttura degli altri strati cutanei è secondaria. Nel tessuto cellulare sottocutaneo e nelle sue maglie si raccoglie liquido linfatico per recidiva risipola, e per la nuova formazione di vasi e di tessuto congiuntivo fibrillare può anche venire la pachidermia. Il lupus prende l'aspetto di cicatrice per la retrazione delle fibbre del tessuto congiuntivo, pel ragrinzamento delle masse cellulari di nuova formazione, e per la degenerazione della rete del Malpighi in grasso: ovvero succede l'ulcera per distruzione moleculare dell'epidermide e della cute non che del pacchetto adiposo e delle parti ad esso sottoposte.

Il *Simon* dice che la callosità dell'ulcero sifilitico, il condiloma latum, la sifilide tubercolare, il lupus sifilitico, e le parti corticali affette da ulcero sifilitico mostrano la stessa struttura del lupo volgare surricordato, e cioè la stessa proli-

ferazione del tessuto connettivo sparsa ugualmente in tutta la cute, come perno del male, e talora meno e talora più.

Una forma sifilitica intorno la quale corrono fra alcuni sifilografi disparate opinioni si è la papula mucosa, detta ancora tubercolo mucoso, condiloma piatto ecc. ecc.

Il ch. Prof. *Ercolani* sapientemente distingue il condiloma dal papiloma, chiamando col primo vocabolo l'ipertrofia di numerose papille in una data località, mentre denomina papiloma l'ipertrofia e proliferazione di una sola papilla in una o più località.

Il Prof. *Taruffi* istudiando l'istologia delle papule mucose ritrovò constare in uno sviluppo dei corpuscoli connettivi del tessuto areolare sottomucoso, con trasformazione progressiva di questi corpuscoli fino entro le papille in cellule giovani epiteliali. Lo sviluppo delle anse vascolari costituirebbe un'alterazione concomittante.

Il *Simon* troverebbe nel condiloma un aumento nella massa dello strato del *Malpighi*.

Finalmente ricorderò in succinto quanto dice il *Lebert* relativamente all'istologia dei condilomi.

Le papille libere e riunite sopra una base comune hanno 1 a 2 mill. di lunghezza sopra 1/3 a 1/2 millim. di larghezza. Nel loro interno, con piccoli ingrandimenti, veggonsi arborizzazioni vascolari, e attorno alla loro base comune scorgonsi numerosi follicoli sebacei.

A forte ingrandimento, queste papille mostrano una specie di scorza a strati concentrici, ed una sostanza interiore, che non differiscono l'una dall'altra che per la loro densità, perchè in effetto oltre l'elemento vascolare non riscontransi che cellule epidermiche: negli strati più esterni queste cellule sono molto più compatte, e mostrano una forma più allungata e più stretta, locchè a primo aspetto offre loro un apparenza fibrosa. Le parti più interne sono composte ugualmente di cellule epidermiche strettamente sovraposte, ma che sono ancora

rotonde, e mostrano una punteggiatura fino alla loro superficie. Le cellule allungate degli strati superficiali hanno fino a 0^{mm}, 03 di lunghezza sopra 0^{mm}, 01 di larghezza: quelle dell' interno hanno in media 0^{mm}, 02 di diametro ed il loro nucleo non sorpassa in generale 0^{mm}, 005.

Questi condilomi non sono dunque altra cosa che papille epidermiche sviluppate sotto l' influenza di una causa specifica: non sono nella loro composizione anatomica grandemente diversi da certe verruche papilliformi.

In sifilografia udrete parlare non di rado di degenerazione lardacea ed amiloide che il *Virchow* designa col nome di lesioni passive o negative. Esse riscontransi a preferenza negli organi glandolari, e cioè nel fegato, nei reni, nelle glandole linfatiche semplici o conglomerate.

Il *Rayer* fu il primo che fece proprie della sifilide cotali alterazioni: il *Rokitansky* notò la degenerazione lardacea accompagnare oltre la sifilide inveterata, la scrofola, la rachitide, e la cachessia mercuriale. *Dittrich* stabilì i rapporti della lesione lardacea del fegato, della milza e dei reni colla sifilide. Gli studi posteriori del *Meckel* fecergli dire che l' essudato lardaceo concatenavasi con un morbo grave cronico, quale la sifilide congiunta a cachessia mercuriale e sopratutto colla sifilide ossea. Il *Virchow* ci ammaestra che la degenerazione amiloide accompagna a preferenza la carie e la necrosi, per estendersi in seguito a buona parte di organi ghiandolari.

Ma la ripetuta esperienza ci fa edotti che la degenerazione amiloide accomodasi più sovente coi guasti non sifilitici, locchè può dirsi istessamente dell' alterazione lardacea. Dai quali fatti il *Virchow* sapientemente deduce che i detti guasti non possono giammai essere un carattere specifico della sifilide, nè la prova dell' indole specifica di alcuna sua alterazione.

Se a me fosse lecito esternare un' opinione in proposito, direi che la degenerazione lardacea colpisce prevalentemente i bubboni per ulcere molle dei soggetti a tempra scrofolosa; co-

me pure la pleiade inguinale sifilitica degli individui d' abito linfatico-scrofolare. Le quali cose spero potervi addimostrare al letto degli infermi, appresentandovi delle glandole inguinali rigonfie di grasso in seguito di metamorfosi adiposa delle cellule.

Conclusione

Ad onta che il W*agner* abbia voluto stabilire esservi una neoproduzione sifilitica costituzionale di struttura determinata, pure bisogna convenire che le sue osservazioni non combattono l'opposto dettato della maggioranza dei sifilografi, i quali non veggono un neoplasma caratteristico della sifilide. In attesa dell'ultima parola su tale importantissima quistione dirò per sommi capi le cose che con maggiore probabilità rappresentano la neoproduzione sifilitica costituzionale, formolando dei pratici corollari.

1.° La gomma è il tipo principale del neoplasma sifilitico.

2.° La superficie viscerale è la prescelta dalle neoproduzioni sifilitiche, le quali tendono ad estendersi piuttosto in superficie che in profondità.

3.° La cicatrice raggiata con retrazione, è un segno importantissimo della gomma viscerale che passò: ciò primeggia nel fegato.

4.° Gli elementi istologici della callosità dell' ulcero sifilitico sono gli omologhi delle altre neoproduzioni veneree costituzionali.

5.° La discrepanza nella descrizione istologica delle neoproduzioni sifilitiche procede in gran parte dall' età e stato del neoplasma.

6.° Le degenerazioni lardacea ed amiloide coincidono colla sifilide, ma non ne sono un carattere speciale e distinto.

Eccovi, o Signori, il portato dei miei studi intorno all' istologia ed anatomia patologica della sifilide: desso non è gran

cosa: la scienza sifilografica in proposito conta un' età troppo giovane per donarci grandi prodotti; ma se noi tutti d' accordo coi Sommi che istudiano questo ramo di patologia speciale non perdonando a fatiche ed a studi, imiteremo l' industre agronomo che suda sopra un suolo poco ubertoso e meno conosciuto, verrà giorno, forse vicino, in cui la Sifilide avrà il suo distinto neoplasma istologico, come lo posseggono il cancro, ed il tubercolo.

Caso di tracheotomia per croup, seguita da guarigione. Memoria del dott. *Enrico Venturini*, medico condotto a Russi.

Il croup miete, senza dubbio, numerose vittime nei bambini, e al medico fa sentire sovente tutto il peso della umiliazione per la sua incapacità a debellarlo. Egli è bensì vero che la Scienza è in possesso di un prezioso ritrovato, voglio dire la tracheotomia, la quale può strappare non poche prede a sì crudo Morbo: ma, non so se per opposizione dei parenti o per irresolutezza di chi ne ha la cura, da poi (1) si lasciano sempre perire quelle povere creature, fra le più strazianti angoscie, senza cimentare l' estremo rimedio. In due lustri e mezzo che io percorro la carriera delle condotte, quanti sono morti di croup in questa parte delle Romagne! ma di tracheotomia mai ho inteso parlare. A me, di casi mortali, due soltanto se ne sono presentati nell' anzidetto lasso di tempo: uno a Cotignola (1854) presso il quale fui chiamato ad asfissia troppo avanzata; l' altro a Brisighella (1859) in fanciullo quinquenne, di assai distinta famiglia: in questo proposi l' operazione; ma, non ostante l' assenso dei genitori, non potè fatalmente

---

(1) Intendo parlare della bassa Romagna e del Faentino in mezzo a cui da lungo tempo mi ritrovo.

essere eseguita. Io non ho mai potuto rendermi capace delle apprensioni che da taluni si hanno per la tracheotomia, mentre già ad essa non si ricorre che nello stadio della malattia in cui ogni speranza di salvezza vien meno: e però, che si perde azzardando in tale frangente un mezzo anche incerto e pericoloso? Abbiamo già delle statistiche (1) le quali parlano abbastanza in favore della tracheotomia nel croup: e quand' anche i risultati fossero stati meno felici di quel che ne apparisce, non perciò s' avrebbe diritto a porla in dimenticanza. Di mille casi si fosse pure ottenuta una sola guarigione, questa sarebbe stata per me bastevole a giustificarne l' applicazione in sì supremi e decisivi momenti: e purtroppo la mia convinzione dovea esser messa a una dura prova.

Una bambina (oggetto con altri tre figli di mie domestiche delizie) di non ancora tre anni, di buona fisica costituzione, ben nutrita, e che delle malattie dell' infanzia non ebbe che l' anno scorso la coqueluche; il giorno due del volgente mese facevasi improvvisamente afona; alla sera avea febbre e tosse croupale. Applicai subito quattro mignatte alla parte anteriore del collo, che produssero abbondante e prolungato sanguisugio, e diedi una soluzione di tartaro emetico da cui ottenni copioso vomito. Nella notte il respiro si fece penoso e accompagnato da particolare rumore di raspa; furonvi degli accessi di soffocazione, in cui la bambina gettavasi d' un tratto fuori del letto. Nelle prime ore del mattino eravi alcun pò di tregua, in seguito a rinnovazioni del vomito per nuova presa di tartaro emetico. Nelle ultime materie rigettate riscontrai piccolo tronco di pseudo-membrane, di cui scorsi la presenza anche nelle amigdale, le quali, con tutto il resto delle fauci, erano assai rosse. Per le quali cose l' esistenza del croup era evidente, tanto più che nè la percussione toracica (normale) nè

---

(1) Le meno favorevoli sono di due guariti su cinque operati: 40 per 0/0.

l' ascoltazione (pochi rantoli bronchiali sibilanti) davano ragione dei suindicati fenomeni morbosi.

Dopo breve remissione, tutti i sintomi ripresero l' intensità di prima, e senza più rimettere raggiunsero l' estrema gravezza. Io intanto cauterizzai più volte la retrobocca col nitrato d' argento (grammi 2. in 8. di acqua distillata) portando la spugna fin sulla glotide: feci i bagni freddi al collo e le frizioni mercuriali ai lati del medesimo: diedi all' interno il calomelano (5. centigrammi ogni ora) e procurai delle scariche alvine con un clistere. Ma tutto riesciva inutile, chè dal continuo e ognor crescente rumore del respiro e dalle spesse minaccie di soffocazione si faceva manifesto restringersi sempre più l' apertura della laringe. Alla sera le pulsazioni erano 140; al tartaro emetico, per non essere più sentito, dovetti sostituire il solfato di rame (centigrammi 10 in 60 grammi di acqua distillata) che risvegliò di nuovo l' emesi. La notte fu assai triste e commovente, e io cominciai già a presagire quale scena andava a prepararsi.

La mattina del giorno 4 (3.° di malattia) lo stato della bambina era allarmantissimo; anche il solfato di rame restava inerte, indizio questo d' incipiente paralisi generale. (applicai un vescicatorio sul manubrio dello sterno). Sul meriggio le cose volgevano di male in peggio: più che si udisse, si vedeva tossire quella tenera fanciuletta, che colle potenze ausiliarie al respiro, faceva incredibili sforzi onde vincere l' ostacolo all' ingresso dell' aria: le pulsazioni ascendevano a 170; il naso e le labbra erano divenute cianotiche. Allora, vedendo inevitabile e prossimo un esito infausto per incipiente asfissia, raccolte tutte le forze dell' animo mio, presi partito di tentare il taglio della trachea, pel quale io non vedeva, come dissi ai miei colleghi, veruna controindicazione, sia nello stato anteriore dei polmoni, della cui integrità aveva piena sicurezza, sia nella diffusione ai bronchi, del processo crouposo, che io non riteneva gran che probabile per il rapido corso della malattia

e per i risultati dell' ascoltazione di sopra accennati. E però con tali persuasioni, rimosso ogni indugio, invitai da Ravenna, per l' operazione, l' amico dott. *Puglioli*, il quale appena giunto eseguilla, attenendosi al processo ordinario.

Piacemi qui innanzi tutto ricordare, che nella superficie interna della trachea non si rinvennero, siccome io aveva preveduto, nè placche pseudo-membranose, nè altra lesione apprezzabile, infuori di un intenso color rosso. Al taglio dell' asperarteria tenne dietro una sincope, che io, più che da perdita di sangue, ripeterei dalla subitanea cessazione della stasi venosa cerebrale per l' improvviso ripristinarsi del respiro. Comunque sia, apprestati subito gli opportuni soccorsi (pannilini caldi nella superficie del corpo, irritamento delle narici coi vapori d' ammoniaca) dopo circa un quarto d' ora nulla aveasi più a dubitare: la fisonomia della bambina era abbastanza ricomposta e animata, ristabilita la circolazione; ed il respiro, infuori di essere debole, appariva normale: ciò che sorprese quanti ebbero a vederla: è superfluo il dire che non esisteva più ombra di cianosi. Nella sera le pulsazioni erano discese a 130; qualunque cosa venisse presentata alla bocca veniva presa con avidità: alcuni moti involontari degli arti e un fugace strabismo mi fecero temere per un momento lo sviluppo di un accesso di eclampsia; ma preso sonno, dormì placidamente tutta la notte, senza che più si ripetessero questi fenomeni di paracinesi.

Nei giorni successivi, niuna complicazione insorse; il respiro si mantenne ognora placidissimo; non frequente la tosse e veniva seguita da espurgo catarrale per la cannula; l' ascoltazione non mi diede mai a conoscere che l' esistenza di pochi rantoli mucosi bronchiali. Dopo tre giorni l' inferma stava già seduta sul letto: il polso ogni dì scemava di frequenza e così diminuiva il calore: alli 8 (7.ª giornata di malattia) eravi assoluta apiressia. Nella 5.ª giornata dall' operazione fu levata la cannula, e la respirazione effettuossi subito per la via naturale, non i-

sfuggendo l' aria dall' apertura della trachea che nelle violente espirazioni della tosse e del pianto: nel giorno appresso la bambina camminava da sè per la stanza, come se nulla avesse avuto. A mano a mano che la cicatrizzazione ha progredito, la voce ha ripreso il tono naturale, e in oggi, chiuso già affatto il foro, ristorate le forze, la guarigione è completa.

Nelle Romagne (1) è questo il primo caso di croup, in cui, per quanto io ne sappia, fu effettuata la tracheotomia: e da esso appare abbastanza come, eseguita che sia in favorevoli condizioni, possa di leggieri riescire a buon fine. A me però sta nell' animo, che posto anche non esistere alcuna contraindicazione per la operazione (complicazioni, diffusioni del processo crouposo) una circostanza indispensabile alla felice riuscita sia quella di farla in tempo utile; e che un improvido indugiare sia sempre fatale. Sono i profani dell' arte che sperano nelle forze della natura, finchè non è reso l' ultimo respiro: ma guai al medico che con essi divide sì fallace lusinga! egli sacrificherà delle vittime al suo ingiustificabile temporeggiare. E valga il vero; cosa si può attendere dalla tracheotomia allorquando è inoltrata l' asfissia, e a gran passi s' avanza una paralisi generale? Invano è a ripromettersi allora che risorgano tali azioni organiche da ristabilire il circolo e la respirazione. Sul medico adunque pesa una grande responsabilità: e però egli deve badare attentamente che non gli sfugga il momento opportuno di suggerire l' operazione; un ritardo, anche breve, potrebbe tornare funesto.

In pubblicando questa istoria io non ho certamente preteso di esporre cose che non siano note: sono per credere che niuno vi fosse, benchè appena iniziato nell' arte, il quale ignorasse un tale rimedio; ma che monta ciò, quando non lo si metteva in pratica forse perchè temuto come peggior del male? Fra noi purtroppo regnava sì imperdonabile errore: e poi-

---

(1) Vedi la prima nota.

chè ad estirparlo sono persuaso che più del ragionamento valgano i fatti, così ho voluto render pubblico questo, avvenuto nella mia stessa famiglia, colla lusinga ch' ei possa incoraggire i medici dubbiosi o sfiduciati a proporre una operazione che può fruttare inaprezzabili vantaggi alla umanità e segnalati trionfi all' arte !

Teoria del colera asiatico, e indicazione curativa che ne risulta. Studi del Prof. *Pacini Filippo* (1).

Le *ricerche microscopiche* da me istituite sul *colera asiatico* mi hanno condotto alla conclusione che *la causa primitiva o specifica* di questo morbo, della quale ora non occorre parlare, agisce distruggendo o distaccando lo *epitelio* gastro-enterico. Questa tenuissima e quasi insensibile *lesione epiteliale*, riconosciuta ancora da diversi altri microscopisti, incominciando da Boehm di Berlino, che, fino dal 1835, è stato il primo a segnalarla, costituisce *la condizione patologica* del *colera asiatico* e della *diarrea premonitoria* che lo precede.

---

(1) Siccome ebbi ed ho fede che i profondi studi del ch. *Pacini* debbano proprio guidare alla scoperta di un gran vero, così ora li riproduco qui a comune utilità, in quanto che pur troppo nuovi dolori ci tocca soffrire per cagione d' imperdonabile rilasciatezza a prendere a tempo debito le opportune disposizioni profilattiche, e per averle adottate tardi, slombatamente e senza logica. Mi so bene che l' illustre A. sta pubblicando, e certo allargando dippiù le sue osservazioni scientifiche, e quindi che sarebbe stata utile cosa l' attendere per ripubblicare poi questi ultimi suoi lavori. Ma riflettendo che in ogni modo le idee tipiche sono già espresse nelle ricerche scientifiche che ristampo e che sono dedotte da fatti e non sono ciarle, mi riserbo semmai a tornar sopra all' argomento, o porgere anche un sunto de' nuovi studi del ch. Anatomo Patologo di Firenze, intorno il morbo asiatico.

Ferdinando Verardini.

Di fatto nella parte ove si distacca lo epitelio gastro-enterico, è evidente che alla permutazione *superficiale*, si sostituisce la permutazione *vascolare* (§ 14). Ora noi vedremo che nella prima predomina *l' atto di assorbimento*, mentre nella seconda predomina *l' atto di trasudamento*: dal che segue che laddove si distacca lo epitelio, ad una superficie essenzialmente *assorbente*, si sostituisce una superficie essenzialmente *trasudante*; d' onde i *trasudamenti* acquosi, e quindi le *dejezioni* della diarrea premonitoria, e del colera asiatico.

Posto ciò, faremo osservare che, siccome la *superficie trasudante* non può crescere senza far diminuire di altrettanto la *superficie assorbente*, perciò è manifesto che vi deve essere necessariamente una estensione di superficie trasudante, con la quale le *perdite* e le *riparazioni* saranno *eguali*. Questa estensione di superficie, noi la chiameremo *superficie limite*.

Ora, è facile il vedere che, finchè la estensione della *superficie trasudante* sia minore della *superficie limite*, si avranno dei trasudamenti che potranno essere facilmente riparati dal resto di *superficie assorbente*, come avviene nella *diarrea premonitoria*. Se non che dobbiamo avvertire che questa riparazione può essere incompleta, ma può esserlo soltanto per rapporto ai *materiali organici* del sangue, e non già *dell' acqua*.

Di fatto *l' acqua* essendo il *veicolo* per mezzo del quale tutti gli altri materiali del sangue possono essere riparati, perciò è evidente che se in quella vicenda di *perdita* e di *riparazione* vi può essere un difetto, questo difetto deve essere necessariamente maggiore nei *materiali organici* che *nell' acqua* del sangue.

Segue dunque da ciò che la proporzione dei materiali organici del sangue dovrà diminuire, e quindi quella *dell' acqua* dovrà *crescere*; e tanto più, quanto più la diarrea premonitoria si prolunga: sebbene la *riparazione acquosa* non possa essere perfettamente eguale alla *perdita acquosa*. Ma è facile il vedere che allora, diminuendo la proporzione dei materiali organi-

ci, diventa sufficiente una *minore* riparazione acquosa, che noi chiameremo *riparazione equivalente* alla perdita acquosa.

Ma se, crescendo ancora *la superficie trasudante*, diventi maggiore della *superficie limite*, è evidente che allora non essendo più possibile una riparazione, non che maggiore, ma neppure eguale alla perdita, diventerà impossibile anche quella minore *riparazione equivalente;* e quindi, da quello istante in poi, il sangue comincierà a restare *in difetto* di una parte della sua acqua.

Tutto ciò dunque equivale a dire che, finchè la *superficie trasudante* sia *minore* della *superficie limite,* il sangue perde *più materiali organici che acqua*, per cui diventa sempre *più acquoso:* quando poi la *superficie trasudante* diventa *maggiore* della *superficie limite,* il sangue perde *più acqua che materiali organici*, per cui diventa sempre *più denso*, diminuendo rapidamente il suo *volume* fino all'istante della morte. Ecco il colera.

Dietro ciò è evidente che *la perdita acquosa* che allora subisce il sangue, facendolo diminuire di *volume*, dee produrre un *collasso* molto maggiore che una eguale *perdita di sangue*; giacchè ognuno sà che in una *emorragia* risvegliandosi la *sete*, ed essendo sempre possibile lo *assorbimento superficiale*, perciò la perdita di sangue è sempre in gran parte riparata da *dell' acqua*, e quindi la diminuzione della quantità del sangue risulta molto minore; mentre nel colera, una volta che si è dichiarato, diventa impossibile anche quella riparazione acquosa e quindi molto maggiore il collasso, e inevitabile la morte, se continua il trasudamento.

Dunque *la perdita acquosa* che allora subisce il sangue, costituisce *la causa prossima* del colera asiatico, e caratterizza la sua *natura*. Di fatto, è specialmente nel *colera asiatico* che l'acqua del sangue *diminuisce*, mentre in ogni altro *profluvio acquoso,* qualunque sia la sua causa, sorgente, e durata, l'acqua del sangue *cresce*, o almeno tende a crescere, per il meccanismo già accennato.

Con ciò per altro non intendiamo assolutamente asserire che in certi altri *profluvii intestinali*, come nel *colera sporadico*, l'acqua del sangue non possa *diminuire*, dando luogo ai fenomeni caratteristici del *colera asiatico*. Ma non perciò ne viene la conseguenza che *la causa primitiva* che agisce sul tubo intestinale sia la stessa in ambo i casi.

Di fatto abbiamo veduto, che affinchè il sangue subisca una perdita acquosa, bisogna che la superficie, per la quale si produce la perdita, oltrepassi un certo limite la diminuzione della superficie assorbente; altrimenti l'acqua del sangue, invece di diminuire *cresce*. Dietro ciò è manifesto che la perdita acquosa che subisce il sangue nel colera asiatico non dipende dalla *natura* della sua causa specifica che determina il profluvio coleroso, ma dipende dalla grande *estensione superficiale* della sua azione; e quindi è evidente che anche un'altra causa potrebbe produrre lo stesso effetto, nel modo stesso che i fenomeni della *sincope* possono essere prodotti da cause differentissime.

Se dunque le altre cause morbose, che possono provocare dei profluvii intestinali, non producono i fenomeni del colera asiatico, ciò non significa altro se non che *la superficie assorbente* o il predominio dell'*atto di assorbimento*, è abbastanza grande, per supplire ampiamente alla massima parte delle contingenze morbose.

Una volta dunque che nella *diarrea premonitoria* la *superficie trasudante* oltrepassi il *limite fatale*, cessa la sicurezza della vita dichiarandosi *il colera*. Allora, sebbene la morte non possa essere *istantanea* come nella *sincope*, per altro il suo *istante fatale* è già segnato nella grandezza della superficie trasudante, se la *natura* o l'*arte* non facciano cessare in tempo utile il trasudamento. Perciò l'andamento fatale del processo coleroso può essere rappresentato dalla *caduta di un globo ruotante sopra un piano inclinato*, la cui inclinazione rappresenti la maggiore o minore estensione della superficie trasudante.

Di fatto se il trasudamento non sia sollecitamente arrestato il sangue continuando a perdere dell' acqua, dee necessariamente avvenire la morte dentro un tempo determinato, la cui durata è manifestamente una funzione dello eccesso di superficie trasudante al di là della seperficie limite. Per convincersi di ciò basta riflettere che, quanto più è grande quello eccesso, tanto maggiore quantità d' acqua dee perdere il sangue nella unità di tempo, e quindi la morte deve essere tanto più rapida e viceversa.

Dunque anche la quantità dei *trasudamenti* o, come si suol dire, delle *dejezioni,* dovrà essere *tanto minore,* quanto più è rapida la morte, o *più grave* il colera; essendo d' altronde deviente che una grande parte di questi trasudamenti, proviene dal *fluido interstiziale* dei tessuti, e che debbono essere tanto *più abbondanti*, quanto *meno grave* è il colera, o più tarda la morte e viceversa.

Segue dunque necessariamente da tutto ciò che *la indicazione curativa* del colera asiatico è di *fare cessare il trasudamento,* principiando dal così detto *colera secco,* e tanto più presto quanto più è secco, giacchè allora essendo tanto più rapida la morte vi è tanto minore tempo da perdere: ed è perciò che il *colera secco* è stato chiamato ancora *colera fulminante*; sebbene non sia precisamente, nè *fulminante,* nè *secco.*

Certamente taluni diranno che questa sarebbe una *cura paradossale,* come se le altre istituite fin' ora fossero state più ragionevoli! Ma se questa è un paradosso, noi teniamo per il paradosso, giacchè può bene avvenire che un paradosso ne scacci un altro.

Di fatto chiunque abbia osservato *il colera asiatico* avrà riconosciuto che questo morbo è un vero *paradosso patologico*; e quindi ben capace di far credere bianco quel che è nero e viceversa. Ecco perchè questo morbo paradossale ha fatto perdere *la bussola clinica* a tanti medici, ed anche dei più stima-

bili ed istruiti, facendoli affogare in un mare di ipotesi, di teorie, di specifici e di rimedii di ogni specie e calibro; incominciando dai saporiti *tartufi* con una salsetta d'*arsenico* o di *stricnina* e qualche *salassetto*, fino al funebre *bagno di terra*. E tutti, in virtù del famoso *fatto clinico*, hanno fatto miracoli; ma sopra tutti l'ultimo.

Per dare intanto una idea della strana paradossalità di questo morbo, basterà fare osservare che il colera asiatico, *quanto più è grave*, se il trasudamento si arresti almeno poco prima della morte *tanto più presto guarisce*, e guarisce da sè stesso come si raddrizza da sè un albero piegato. Ora il segreto di questo mistero, e di altri ancora non meno sorprendenti che noi, a tempo e luogo, spiegheremo fino nel loro più intimo meccanismo, stà tutto nel fatto che *l'acqua* è, fra tutti i materiali del sangue, quello che *più facilmente può perdere e riprendere*, facendo in poche ore risorgere come *da morte a vita*; senza che da prima, vi sia bisogno di bevere neppure un bicchiere d'acqua, malgrado tutta quella perduta dal sangue; ma molto meno vi è bisogno che sia injettata nelle vene, come è stato malamente proposto e praticato.

Di fatto noi vedremo che nel colera asiatico *la prima riparazione acquosa* non può venire se non che dal *fluido interstiziale* dei tessuti, e viene da questi per una ragione essenzialmente geometrica, per la quale *multa pauca faciunt unum satis*, tanto che incominci a rianimarsi *la circolazione*; e allora può venire *la seconda riparazione acquosa* per la via del tubo gastro-enterico dal mondo esteriore.

Ora quanto *più grave* è il colera, tanto *più rapida* essendo la morte, perciò deve essere tanto *più raro* che si arresti *in tempo utile* il trasudamento; ma se ciò avviene, è evidente *la reazione* deve compirsi tanto *più presto*; giacchè in tal caso i *fluidi interstiziali* essendo tanto *meno diminuiti*, perciò tanto *più rapida* deve essere la prima *riparazione*, e quindi anche la seconda. Allora si può assistere come alla *ressur-*

rezione di un morto: la quale talvolta è così rapida, che è appunto perciò che si sono ammesse le ipotesi che il colera asiatico non sia che una *febbre perniciosa*, od una affezione essenzialmente *nervosa*; ipotesi che evidentemente non hanno maggiore fondamento di quelle ancor meno verosimili, che suppongono una *infezione* od *alterazione primitiva* della crasi del sangue, come *causa* essenziale del colera asiatico.

Certamente, durante il processo coleroso, sopprimendosi *le escrezioni depuratrici*, deve necessariamente prodursi una infezione od una alterazione della crasi del sangue; ma è manifesto che ciò non è che un *effetto secondario*: il quale deve risultare tanto *più grave*, quanto *più leggiero* è il colera, o *più tardo* il suo andamento, perchè la vita si prolunga di più.

Dietro ciò è evidente che nei *casi leggieri* di colera, essendovi più tempo di *ostruirsi i vasi capillari* della superficie trasudante, e quindi di *cessare il trasudamento*: può aver luogo più frequentemente *la reazione;* ma è facile il vedere che deve essere molto più difficile la sua effettuazione, perchè i fluidi interstiziali, che debbono somministrare *la prima riparazione*, essendo in tali casi molto più diminuiti, perciò la reazione deve resultare molto più lenta e stentata.

E siccome in tali *casi leggieri*, o *meno gravi*, le alterazioni secondarie hanno maggiore tempo di stabilirsi e di aggravarsi, perciò è specialmente a questi *casi leggieri*, che nella reazione succedono dei morbi tanto *più gravi*; sia di forma *tifoidea* od *esantematica*, per la grave alterazione od infezione secondaria del sangue; sia di forma *flogistica* o *congestiva*, per la forte ostruzione dei vasi capillari di diverse parti del corpo.

È chiaro dunque che la prima e più essenziale *indicazione curativa* del colera asiatico è *la soppressione del trasudamento*; giacchè noi vedremo che *la reazione* non è che una *conseguenza generale* della soppressione di quello, e che perciò è impossibile ottenere *la reazione* se prima non cessi *il*

trasudamento: il quale cessando necessariamente all'istante della morte, perciò è probabilmente un principio di reazione *il riscaldamento del cadavere* che succede nei casi *più gravi*, potendo fare anche qualche *movimento*.

Ma, qualunque sia la maggiore o minore gravezza del colerà, finchè persiste *il trasudamento*, l'andamento rapido o lento del processo coleroso, è così necessario, e così indeclinabilmente indirizzato alla morte, che noi vedremo che è subordinato ad una *legge matematica*, come se fosse *un corpo che cade*.

Sebbene ora non possiamo entrare in queste particolarità, che riserveremo alla Memoria speciale che pubblicheremo, pure per dare una idea di questa legge, come riassunto della nostra teoria, porremo qui le seguenti formule nelle quali è compresa. La prima di queste formule rappresenta con A, *l'acqua dei trasudamenti* o, come si suol dire, delle *dejezioni*, dall'istante in cui incomincia il colera, fino all'istante della morte; mentre la seconda rappresenta con T, *il tempo del processo coleroso*, ossia la durata della vita, una volta che è principiato.

$$A = a + \frac{a\,s}{c} \quad , \quad T = \frac{a}{2\,\alpha\,s} + \frac{a}{c}.$$

In queste due formule:

a. Rappresenta la quantità dell'*acqua* perduta dal sangue fino all'istante della morte.

α. *Il trasudamento* della unità di superficie nella ultima unità di tempo della diarrea premonitoria.

s. La *superficie limite*.

c. Lo *eccesso della superficie trasudante*, sulla superficie limite, per il quale si dichiara il colera.

Considerando le variazioni di *c* è evidente che quanto *maggiore* è la *superficie trasudante* al di là della superficie limite, tanto *minore* è la quantità del *trasudamento*, ma molto più breve è il *tempo* che resta a vivere.

D' onde la prima e più imperiosa *indicazione curativa* del colera asiatico.

Dalla prima delle due precedenti formule è facile il vedere che l' acqua del *trasudamento* A si compone della parte costante a che perde il *sangue*, e della parte variabile $\frac{a\,s}{c}$ che prendono i *tessuti*. E di fatto si sà che il corpo *si dissecca* tanto più, quanto meno grave è il colera, o più tarda la morte, e viceversa.

Anche il *tempo* T, ossia la durata del processo coleroso, comprendendo una parte costante $\frac{a}{2\ s}$, perciò è impossibile il preteso colera *fulminante*, essendo evidente che la morte non può essere istantanea.

Quanto alla *gravezza del colera*, od alla *rapiditá* con cui la morte si avvicina, è manifesto che è rappresentata dalla ragione inversa del tempo in cui si effettua la perdita a; perciò chiamando G la *gravezza del colera* avremo;

$$G = \frac{2\,\alpha\,s\,c}{a\,(2\,s + c)}.$$

Finalmente quanto al *grado di collasso* che si produce durante il processo coleroso, è manifesto che deve essere in ragione diretta dell' acqua perduta dal sangue, ed inversa di quella che gli resta a perdere; perciò chiamando C il *collasso del colera*, ed x l' *acqua perduta* dal sangue, avremo,

$$C = \frac{x}{a - x}.$$

Dal che segue che mentre x varia da 0 ad a, invece C varia da 0 ad ∞ che è il *collasso della morte*.

Intanto, terminando, ripeterò con *Schwamm*: « Les temps ne sont plus où l' on pouvait révoquer en doute la possibilité de l' application des *sciences mathématiques* à la physiologie. Lès phénomènes de la vie sont soumis á des lois aussi rigou-

reuses que celles qui réglent la nature dite inerte (1) ». Il che non poteva essere altrimente, perchè: *Deus omnia fecit numero, pondere et mensura*; per cui *Fontenelle* ebbe a dire: » par tout dans la nature il y a de la géométrie (2) », e molto più nel *colera*. Ma oramai si è così abituati a vedere la natura disobbedire ogni giorno alle *leggi patologiche* prescritte dai patologi, che certuni la crederanno ben capace di disobbedire ancora a delle *leggi matematiche*; il che non è impossibile, ma però come le penne disobbediscono alla *legge della caduta dei gravi*. (*Il Tempo*; *pag.* 9 *e seg. Firenze* 1859).

Sulle lussazioni posteriori traumatiche del capo del femore — Tesi di Laurea di *Ercole-Federico Fabbri* l'anno 1864, stampata con qualche aggiunta pel concorso ad un posto di studio all'estero l'anno 1865.

Benchè io mi sia proposto in questo breve ragionamento di occuparmi solo delle lussazioni traumatiche posteriori del capo del femore, pure tale e tanta messe mi appresterebbe questa benchè piccola parte del campo delle lussazioni, che io non potrei certo raccoglierla tutta, e qui esporla in qualche guisa disposta. Per questo è mio pensiero dirne soltanto quelle cose che ogni chirurgo deve conoscere, e quelle che egli deve operare quando si trovi dinanzi ad infermi colti *poco prima* da tali dislogamenti.

E innanzi tutto è d'uopo che il chirurgo sappia ch'egli realmente ha che fare con una lussazione, e appunto con una lus-

---

(1) *Journal de la physiologie de l'homme*, par *Brown-Sequard*. Paris 1858, pag. 631.

(2) *Archives des Sciences physiques et naturelles*. Genève, 1847, tom. 4. pag. 147.

sazione posteriore; gli è d'uopo insomma di fare la *diagnosi*.

L'unica alterazione del femore che possa vestire le apparenze della lussazione, sì da avere tratto in errore anche uomini valenti nell'arte, è la frattura del collo del femore, e più principalmente quella che va congiunta a frattura del grantrocantere; perocchè la frattura di questa apofisi, accompagnata da spostamento dei pezzi distaccati, può farla crescere di tanto in larghezza, da farle raggiungere quasi i quattro pollici, e molto quindi renderla somigliante pel volume al tumore che è caratteristico delle lussazioni.

E qui troppo a lungo dovrei parlare, se volessi ridire tutti i caratteri che distinguono ogni dislogamento del femore da quella varietà di frattura del suo collo che più gli somiglia; ma volendo stare sulle generali, dirò che talvolta il conoscere in quale guisa venne fatta l'offesa, ci sarà di aiuto non lieve. Difatto il sapere che non ebbe luogo altro che una semplice caduta sul grantrocantere o sulle piante; che insomma non venne in alcuna guisa posto a leva l'intero arto, o la coscia, questo solo basterà a toglierci del capo ogni sospetto di lussazione del femore; perocchè non vi è forza che senza l'aiuto di un movimento di leva possa fare balzar fuori dalla sua nicchia il capo del femore, ove la forma del cavo e l'enorme peso dell'atmosfera tanto fortemente lo tengono incastrato, che tolte le parti molli e tagliato in giro il legamento cassulare, il peso intero dell'arto non basta a trarnelo fuori; siccome felicemente addimostrarono le esperienze dei fratelli *Weber*.

Venendo quindi all'esame dell'arto malato, e precisamente al tumore che si nota nella sua parte superiore, per non andare in troppe minutezze, dirò solo che il tumore suddetto nelle lussazioni è formato da due parti, il capo del femore e il grantrocantere, separati da un tratto che risponde al collo; mentre nelle fratture il detto tumore è invero bernoccoluto, ma non mai distinto in due parti. Questi caratteri del tumore si potranno talora conoscere a vista, e rarissimo sarà il caso

in cui l'eccedente gonfiezza delle parti ce li nasconda sì che neppur palpando ci sia dato di ravvisarli.

In oltre è a sapersi che facendo rotare la coscia sul proprio asse, se si tratta di frattura, il tumore in discorso non addiviene nè più nè meno sporgente, e fa sovente sentire alla mano od all' orecchio a lui applicati lo scricchiolio delle ossa rotte; e se invece si tratta di lussazione, durante questi moti non si ha scricchiolio, ma sì bene il tumore fassi ora più, ora meno sporgente, a seconda che si rota l'arto o in un senso o nell' altro.

Finalmente anche la rotazione in che l'arto si trova, sarà talvolta prezioso carattere distintivo; perocchè nelle fratture del collo del femore la rotazione generalmente può con facilità essere scemata e per fino cangiata in opposta rotazione, là dove nelle lussazioni è difficile e talora impossibile il diminuirla anche di poco. Ma v'ha di più ancora, ed è che mentre nelle fratture in discorso la coscia è quasi sempre rotata all' infuori, in queste lussazioni essa è mai sempre rotata all'indentro; se si eccettui la rarissima lussazione posteriore *col capo rivolto all' innanzi*, cui il Professore *Giambattista Fabbri* mio padre chiamò lussazione *iliaca di Monteggia*, per avere questo illustre chirurgo notato pel primo, nel parlare di antiche lussazioni iliache, potersi avere lussazione posteriore col capo rivolto in vanti.

Ma qui per evitare ogni equivoco è d'uopo fare una breve digressione. Il *Malgaigne* che, solo più di 15 anni dopo mio padre, mostrò nel suo trattato sulle fratture e sulle lussazioni (Parigi 1855) di conoscere la lussazione iliaca di *Monteggia*, non volle porla anch' egli fra le posteriori, ma ne formò una specie nuova chiamandola lussazione *sopra cotiloidea*; e tal nome piacque eziandio al Prof. *Marcacci* quando non ha guari si accinse a continuare l'Opera dell'illustre *Ranzi*. Ma tanto i fatti clinici, quanto gli esperimenti sul cadavere mostrano l'inesattezza di questo nome. Difatto *M. Baron* che fu il pri-

mo a descrivere l' anatomia patologica di tale specie di lussazioni avvenuta di recente, afferma che il capo del femore è posto subito sotto la spina iliaca anteriore e inferiore, tre linee più infuori e più indietro di essa, e che posteriormente esso capo si appoggia contro il *terzo esterno* del margine superiore della cavità cotiloidea; cosicchè *Baron* amò di chiamare tale lussazione *superiore ed esterna* che è quanto dire *superiore e posteriore.* Ma v' è di più. Il *Malgaigne* istesso (opera cit. pag. 870) dice che la testa slogata non è sempre esattamente allo stesso posto, che *M. Barrier* l' ha vista su di una linea verticale calata dalla spina anteriore e superiore, e che in un caso osservato all' ospitale di S. Giorgio essa era anche più in fuori, (cioè indietro) di questa linea. E anche ultimamente (The Dublin quarterly Journal of medical science. November 1864 pag. 272) dal dott. *Glascott R. Symes* ne venne descritto un caso in cui il capo del femore si trovava circa due pollici e mezzo sotto la spina anteriore superiore dell' ileo, e non precisamente sotto ma *in un piano un poco posteriore.* Gli esperimenti sul cadavere mostrano poi che in questa lussazione può il capo fermarsi proprio didietro al cotile, in quello spazio che rimane fra il cotile e l' incisura ischiatica, detto da mio padre spazio *ischio-iliaco.* Di che si vede che principale e costante carattere di questa lussazione è l' essere il capo nelle parti posteriori al cotile; che deve quindi porsi fra le lussazioni posteriori, e solo si deve distinguere dalle posteriori *comuni* per l' essenziale carattere di avere *il capo rivolto all' innanzi.*

E ritornando ora al filo del mio ragionamento, e avendo io detto che la rotazione della coscia sul proprio asse non può essere carattere distintivo fra la lussazione di *Monteggia* e la frattura del collo del femore, sarà bene mostrare come si possa per altri caratteri distinguere la detta lussazione da una frattura del collo del femore in cui siavi rotazione dell' arto in fuori. E tralasciando quei caratteri che già abbiamo

detto distinguere ogni lussazione del capo del femore da questa frattura, i principali sono i seguenti:

Nella lussazione di Monteggia.	*Nella frattura del collo del femore con rotazione in fuori.*
1.° Grande è la rotazione in fuori e vi è impossibilità di diminuirla.	1.° Piccola è la rotazione infuori e v' è comunemente facilità di scemarla.
2.° Subito sotto l' inguine vi è grande depressione per essere tutta la coscia portata più indietro.	2.° Quasi sempre la faccia della coscia addivenuta anteriore è alquanto concava, e il massimo di questa concavità risponde all' unione del terzo medio col terzo superiore (1).
3.° Il grantrocantere trovasi più indietro e meno sporgente che nel lato sano.	3.° Il grantrocantere trovasi più in alto è più sporgente che nel lato sano.
4.° Il capo si sente fuori dell' acetabolo.	4.° Non si sente il capo.

Passando ora al modo di conoscere quale sia la qualità di lussazione che si ha da curare, e mirando sempre allo scopo del mio ragionamento, (che è quello di trattare delle lussazioni posteriori) non avrò che a dimostrare in quale guisa si possano queste da ogni altra specie di slogamento distingue-

---

(1) Questo carattere che mio padre notò prima nelle fratture fatte sul cadavere, poscia in molti infermi, si vede assai bene in un gesso da lui posto nel nostro museo d' anatomia patologica e che è la copia esatta della metà inferiore del corpo di un giovane, cui si era fratturato il collo del femore sinistro. E per bene distinguere tale carattere, è d' uopo mettere l' infermo supino, rotare anche l' arto sano infuori, porsi dal lato infermo ed ivi traguardare le due superficie delle coscie che in tale positura riescono superiori.

re; e la cosa è d'ordinario facilissima. E di vero, fatti certi che si tratta di lussazione, se il piede sarà rotato all'interno per rotazione di tutto l'arto, possiamo essere sicuri che si tratta di lussazione posteriore.

Se però l'arto sarà rotato all'infuori, non si potrà escludere per questo la lussazione posteriore; poichè, come si è detto poco sopra, nella lussazione di *Monteggia* ossia nella *lussazione posteriore col capo rivolto in avanti*, vi è rotazione in fuori come è comunemente nelle lussazioni anteriori (1).

La lunghezza dell'arto è molto prezioso carattere, ma pure io dubito che possa aversi come infallibile carattere distintivo. Di fatto, egli è vero che nelle lussazioni anteriori e inferiori vi è allungamento, e nelle anteriori superiori non è alterata la lunghezza, mentre nelle poche lussazioni di *Monteggia* osservate al letto degl'infermi si vide sempre accorciamento; ma non è irragionevole il credere che possa avverarsi un dì o l'altro ciocchè si vide nelle esperienze sul cadavere, cioè a dire una lussazione di *Monteggia* in cui l'arto era lungo quanto il sano, e ciò perchè il capo del femore, invece di salire, si era fermato dietro l'acetabolo nello spazio *ischio-iliaco*.

Ora ciò che farà distinguere la lussazione del *Monteggia* dalle anteriori (*ileo pubica* od *ovalare*) sarà la posizione del capo del femore che nella lussazione di *Monteggia* si troverà didietro alla linea di *Nelaton*, cioè a dire a quella retta che va dalla spina anterior-superiore dell'ileo alla parte anteriore della tuberosità ischiatica, e taglia così per mezzo il cotile; là

---

(1) Ho detto *comunemente* e non *sempre* perchè nella lussazione anteriore e inferiore, quando in essa il capo è, non già sul ciglio del cotile, ma sul foro ovale, vi è molta e stabile abduzione ma non vi è rotazione alcuna dell'arto, imperocchè in tal caso il collo del femore conserva la propria direzione dall'esterno all'interno parallela a quella che ha quando il capo è nel cotile e l'arto non è rotato sul proprio asse in alcun senso.

dove nelle lussazioni anteriori il capo si trova anteriormente a questa linea, o verso l' alto, fino a sormontare la branca orizzontale del pube (lussazione *ileo-pubica*) o verso il basso fino a toccare il rafe del perineo (lussazione *ovalare*).

Conosciuto nel modo anzidetto che si tratta di una lussazione posteriore, sia comune sia di *Monteggia*, forse a taluni parrebbe superfluo il procedere oltre a conoscenza più esatta della lussazione medesima. E questi sarebbero di quel numero che, a somiglianza del Loder, pensano che per mezzo di vigorose forze estensive e contro-estensive sia fattibile ridurre qualunque lussazione, persuasi come sono che la contrazione muscolare sia sempre l' ostacolo più grave che si debba vincere.

Ma la pratica della chirurgia combatte questa opinione e mostra che nel ridurre i vari slogamenti (massime se da poco avvenuti) assai di frequente vale più la destrezza che la violenza, e che mentre la prima può talora fare a meno della seconda e valersi di dolci modi; la violenza priva del sapere è una ceca senza guida in luogo sconosciuto, che può bensì talvolta raggiungere la meta, ma molto facilmente le avverrà di dovere cessare dal cammino, e quel che è peggio talvolta di forviare.

Già *Ippocrate* scrisse: Luxationes aliæ ex superlevatione reponuntur, aliæ ex extensione, aliæ ex circumvolutione. E *Galeno* a più generale precetto riducendo la cosa, ammoniva: essere necessario che la parte che vuole ritornare là d' onde uscì, rifaccia la strada già prima percorsa. È poi ricca la chirurgia di racconti di lussazioni che mentre avevano stancato invano le forze di molte e molte braccia insieme operose, furono ridotte per opera di un solo chirurgo che a caso o a bella posta mosse la coscia in altro senso.

La norma sicura per ridurre ogni specie di lussazione non a casaccio o per mera pratica, ma come suol dirsi con cognizione di causa, sta nella conoscenza esatta 1.° del luogo per cui il capo, rotto o distaccato il legamento cassulare, escì

del cotile. 2.° Della via che percorse poichè ne fu escito. 3.° Del luogo ove da ultimo si arrestò.

Ma il chirurgo che giunge presso il malato potrà egli acquistarsi tali cognizioni? Se egli conosce l'anatomia e il meccanismo delle varie lussazioni posteriori del femore, tal cosa non sarà per lui difficile nel maggior numero dei casi; e nei momenti di dubbio, procedendo guardingo nell'opera della riduzione, avverrà che mano mano gli si venga svelando la verità che lo conduce a buon fine.

E venendo più da presso alla questione, parleremo prima delle lussazioni posteriori *comuni*, poi di quelle *col capo rivolto all' innanzi*.

Conosciuto che abbia il chirurgo di avere a fare con lussazione *posteriore comune*, egli dovrà tosto ricercare il modo nel quale venne fatta la violenza; perocchè dal modo in cui l'arto venne messo a leva è cosa facile l' inferire in qual punto sia escito il capo dal cotile; e raffrontando questo punto col luogo ove da ultimo si arrestò, dedurne quale strada egli abbia tenuto.

Se dalle inchieste risulterà che il dislogamento incominciò con grande abduzione (come succede, ad esempio, nelle cadute a gambe divaricate, e in altre simiglianti congiunture) senza fallo il capo escì per la parte anteriore ed inferiore del cotile; d'onde, per una rotazione interna della coscia seguita da un moto composto di adduzione ed estensione, scorrendo il capo sotto al cotile e poscia dietro ad esso, andò a fermarsi nella regione posteriore dell'anca, e ad altezza maggiore o minore a norma principalmente del maggiore o minore guasto avvenuto nel legamento cassulare.

Se all'incontro la lussazione non ebbe principio con una forzata abduzione, gli esperimenti sul cadavere ed alcuni fatti clinici bene studiati ci insegnano che essa avvenne senza fallo per una rotazione interna della coscia, mentre questa era addotta alquanto e piegata verso l'addome. Ed è a sapersi

che in tal caso possono essere avvenute due diverse lussazioni. Perocchè se la coscia è molto flessa, il capo esce dall' orlo inferiore del cotile e si reca posteriormente ed in alto in modo eguale a quello che ha luogo nella precedente lussazione, solo che in questa la via riesce alquanto più breve: se invece la coscia è poco flessa, il capo esce al lato esterno o posteriore del cotile. In ambedue i casi poi il capo si reca più o meno lontano dal luogo d'escita secondochè glielo permette più che altro il grado di alterazione del legamento cassulare.

Tre adunque sono i modi onde possono accadere gli slogamenti *posteriori comuni* del capo del femore. I primi due vennero da mio padre, che primo li addimostrò, chiamati col nome di *meccanismo per circonduzione*, il terzo fu da lui detto *meccanismo diretto*. Per questo accadono le lussazioni che diconsi *dirette*; per quello, le lussazioni che diconsi *consecutive*. Le quali poi sono, per ciò che si è detto, o consecutive di lussazione anteriore, o consecutive di lussazione inferiore. Dalle quali cose ognuno ben vede quali ammaestramenti se ne possono trarre, non dico utili, ma necessari all' opera della riduzione.

Ma prima di prendere a parlare della riduzione ci rimane ancora alcuna cosa a dire del luogo ove da ultimo si è fermato il capo del femore; perocchè la diversità di esso luogo addimanda qualche piccola diversità di manovra nel principio della riduzione, se non per altro, allo scopo di renderla più facile e meno dolorosa.

Il chirurgo cercherà adunque di stabilire se il capo del femore si trovi presso il cotile o ne sia lontano; vale a dire se la lussazione sia (come suolsi inesattamente dire) *incompleta*, ovvero se sia *completa*. Dico *inesattamente*, perchè ambedue sono complete, essendo in esse venuta meno ogni mutua corrispondenza delle due superficie articolari; sicchè meglio sarebbe chiamare con mio padre le prime: *lussazioni marginali*. In ogni caso poi il chirurgo deve por mente se il capo si trovi verso l'alto (*lussazione iliaca*) o direttamente indietro (*lus-*

sazione ischio-iliaca, o *sacro-ischiatica*) o finalmente in basso (*lussazione ischiatica*). A stabilire le quali cose ove arrecasse qualche difficoltà la copia della pinguedine, o il molto gonfiore delle parti offese, parmi debba essere di non lieve ajuto il raffrontare il posto del capo colla linea retta del *Malgaigne*, che dalla spina anteriore e superiore dell' ileo scendendo a piombo (se il malato è supino in letto) rade l' orlo superiore dell' incisura ischiatica.

Conosciuto il posto che occupa il capo, si guardi bene il chirurgo dal fondare soltanto sovr' esso il pronostico della lussazione; dal credere cioè che le lussazioni marginali sieno sempre le più facili a ridursi. Il pronostico delle lussazioni, quanto alla riduzione loro, deve derivarsi dalle tre cose già più sopra nominate, vale a dire 1.° dal luogo e modo d' offesa del legamento cassulare, 2.° dalla via percorsa dal capo uscito che fu dal cotile, 3.° dal luogo ove esso venne per ultimo ad arrestarsi. Certo che, a parità di ogni altra circostanza, sono di gran lunga più facili a ridursi le lussazioni marginali, ma è vero ben anche potere il capo lungo la via che lo guida alla sua nicchia trovare non lievi intoppi nelle parti che lo circondano, cioè a dire nella superficie dell' osso innominato, nei muscoli e nei lembi della cassula articolare.

Quanto all' osso, è certo che il capo dovrà vincerne l' attrito; e sormontato dovrà essere in ogni lussazione il margine del cotile.

Quanto ai muscoli, senza fallo quelli che il capo ebbe già fessi per lo lungo, o l' uno dall' altro disgiunti, possono col serrarglisi al collo dargli talora gravissimo impedimento, e più che altro per la rigidezza loro; come addimostrarono le esperienze sul cadavere, e addimostrò ancora qualcuno dei rari casi ove si ebbe facoltà di notomizzare una lussazione avvenuta poche ore prima della morte. Di tal fatta è quello del *Parnatier* ove il collo era stretto da un occhiello formato dal piramidale e dall' otturatorio interno divaricati, e che *anche nel*

cadavere si opponeva alla riduzione (Revue medico-chirurgicale de Paris 8.° Ann. Tom. 16 pag. 144 septembre 1854).

E per dire ancora alcuna cosa sulle alterazioni del legamento cassulare, a parità di circostanze sarà sempre più difficile la riduzione ove il distacco o la lacerazione di esso legamento sia nella parte inferiore, e peggio ancora se si trovi nell'anteriore. Quanto poi alla foggia dell'alterazione di lui (la quale, è d'uopo confessarlo, non può essere ravvisata che collo scalpello anatomico alla mano) è a sapersi che per buona sorte il più delle volte consiste in un semplice distacco del legamento dall'orlo della cavità articolare; altre volte invece esso legamento vien fesso per lo lungo; altre in traverso; altre divelto dai suoi attacchi nel collo, (che è forse il fatto più grave); altre volte infine si congiungono in varia guisa queste varie specie di alterazioni. E dirò solo che, mentre la prima specie d'ordinario rende agevole il passaggio del capo, le altre possono più o meno impedirlo, fino a renderlo affatto impossibile; e ciò tanto col serrarglisi tesi attorno al collo i lembi fibrosi, che col precederlo nel cotile; togliendo così alla sua superficie articolare la facoltà di venire ad immediato contatto con quella del cotile; nella quale maniera possono talora porre impedimento anche dei lembi di muscoli lacerati.

Di che ognuno vede quanta parte abbia nella riduzione di uno slogamento il modo di alterazione della cassula articolare; e come e per questa cagione e per gl'impedimenti dai muscoli opposti, non possa mai farsi un certo pronostico di essa riduzione, non essendo in nostra mano alcun mezzo che valga a farci giudicare con certezza di queste maniere di alterazioni. Contuttociò non ne addiviene meno utile la conoscenza di questi fatti di anatomia patologica, e degli impedimenti che oppongono, potendo noi, anche mossi dal solo dubbio della esistenza loro, mettere in opera quei mezzi che principalmente dalla chirurgia sperimentale ci furono mostrati valevoli in simili incontri.

Fatto il pronostico con quel riserbo che c' impongono le riflessioni suaccennate, il chirurgo dovrà procedere alla riduzione dello slogamento.

E qui io voglio supporre che egli non abbia stabilito se la lussazione posteriore ch' egli deve ridurre sia diretta oppure consecutiva; e voglio suppor questo perchè la detta cognizione si fonda, come dissi, sulla maniera con che agirono le forze sull' arto per dislogarlo; il che spesso niuno ci sa narrare o ci è narrato in modo ben lontano dal vero.

Il chirurgo adunque farà a se venire qualche persona che gli porga ajuto, e disporrà le cose in modo che mentre si applicano all' arto le forze necessarie, o come suol dirsi vien fatta la *estensione*, altre forze tengano immobile il tronco, vale a dire facciano la *controestensione*. Pieghevoli pannolini e soffici cuscinetti proveggano a ciò che l' applicazione delle forze offenda il meno possibile le parti; e si ponga mente ancora che questa applicazione non faccia impedimento al più agevole modo di riduzione. Intorno a che sarà bene che la forza di estensione non venga applicata sul piede, perchè in allora non può tenersi la gamba flessa come è bene tenerla per porre in rilassamento i muscoli posteriori della coscia, e per eseguire facilmente i moti di rotazione servendosi della gamba come di una manovella.

Nè col nominare così da prima tutte sì fatte cose, si pensi che io consigli tosto fin da principio i mezzi violenti; chè prima di questi debbono sempre essere tentate le dolci maniere, e soventi volte riesce a bene la moderata forza di un solo.

Siano però le dolci maniere che si adoperano o le violente, ecco di quale guisa debbono in genere essere dirette le forze. Primo scopo di queste è di tirare il capo all' orlo del cotile, se già di per se non vi si trova; e a tal fine la coscia flessa e addotta come essa è per la natura dello slogamento, venga tratta nella direzione del suo asse, e questo non rade volte basta a ridurre la lussazione. E ho detto *flessa* e *addot-*

ta perchè in tale guisa riesce minore la tensione delle parti molli e principalmente di quelle che il capo deve attraversare, e minore ancora addiviene l'attrito contro l'osso innominato.

Ma se tanto non basta, sarà ben fatto passare alla rotazione esterna del femore, la quale congiunta in fine alla estensione riesce d'ordinario a buonissimo effetto. La rotazione esterna però si badi di non farla che verso il fine, perchè altrimenti si aumenterebbe l'attrito fra il capo e l'osso innominato. Anzi qualora si tratti di lussazione sull'incisura ischiatica non è male da principio aumentare la rotazione interna per rendere più facile al capo il suo viaggio.

Ma se neppur tutto questo avesse buon esito, dovrebbe nascere il dubbio che si tratti di lussazione posteriore comune *consecutiva* a lussazione inferiore o a lussazione anteriore, e dovrà il chirurgo fare opera di condurre il capo alla parte inferiore ed anteriore dell'acetabolo ed ivi tentarne la riduzione. A tal fine piegata assai la coscia contro il ventre, condurrà con lentezza il ginocchio dall'interno all'esterno fino a che senta il capo giunto alla parte anzidetta del cotile; al qual punto metta il femore a leva, in guisa che mentre abbassa il ginocchio, innalzi il capo del femore, e così lo riponga al suo posto.

Ma prima di lasciare le lussazioni posteriori comuni mi si permetta di far palese un mio dubbio che sembrami di qualche importanza.

Il dott. *Glascott R. Symes* narra (Vedi *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science. November* 1864 *pag.* 272) un caso di lussazione posteriore col capo rivolto all'innanzi (cioè a dire di Lussazione di *Monteggia*) la quale, nel provar che si fece di ridurla, cangiossi in lussazione posteriore comune, cioè col capo rivolto all'indietro; e benchè in questo caso tale lussazione consecutiva non fosse stabile (essendo che, lasciato a se, l'arto rotava tosto infuori e ritornava la lussazione di *Monteggia*) pure non è irragionevole il credere che for-

se, se fosse addivenuta più completa per una forzata rotazione all'indentro, avrebbe potuto anche addivenire stabile. E io non son lontano dal crederlo per quello che mi hanno addimostrato gli esperimenti sul cadavere. Di vero ho veduto io stesso mio padre fare nel cadavere una lussazione di *Monteggia*, e poscia aumentata la flessione della coscia e rotatala indentro, ottenere così la tramutazione summentovata di questa lussazione in lussazione posteriore comune la quale, da prima non era stabile, ma con bruschi moti di rotazione interna si è resa più completa e con ciò stabile. Osservandone allora l'anatomia, si è visto che il capo si era scavato una nicchia lacerando gli attacchi del gluteo minore; e forse per questo, fattosi più indietro, la lussazione era diventata permanente.

Da tutto ciò dobbiamo a parer mio trarre almeno questo ammaestramento: non essere inverosimile che una lussazione posteriore comune sia conseguita a *lussazione posteriore col capo rivolto in avanti*; e doversi perciò, qualora ogni altro mezzo di riduzione abbia fallito, doversi dico tentare di ridurre il capo all'innanzi, e ciò col delicatamente addurre la coscia e rotarla all'infuori. E se la cosa riescisse, sarebbe d'uopo trattare la lussazione come appunto diremo or ora doversi trattare la lussazione di *Monteggia*.

Per ridurre la lussazione di *Monteggia* (siccome dimostrarono le esperienze fatte da mio padre sul cadavere, e poscia i fatti clinici registrati dal *Malgaigne*) il metodo più ragionevole si è quello di flettere lievemente la coscia, addurla e rotarla indentro.

Si noti poi che in ogni lussazione del capo del femore quando si è ricondotto il capo a quel punto dell'orlo del cotile al quale risponde la lacerazione o il distacco del legamento cassulare, sarà talvolta più facile il farlo penetrare nella cavità spingendolo contro di essa colle dita direttamente applicategli.

Ma non sempre gli sforzi del chirurgo riesciranno a bene;

e l'ostacolo più frequente e poderoso nelle lussazioni recenti si è il cacciarsi dentro la cavità qualche brano dei tessuti molli circostanti primachè vi penetri il capo, il quale in tal caso imbocca sì bene il cotile, ma non vi si può approfondare. Del che il chirurgo sarà fatto accorto vedendo che il capo è appunto sul cotile, ma l'arto rimane più lungo dell'altro. Or bene, in queste congiunture, dei piccoli moti impressi all'arto in molte guise, mentre il capo è mantenuto contro il cotile dalle mani di un assistente, riescono talora a rimuovere l'impedimento.

Ridotta la lussazione, la immobilità dell'arto fatta più certa da una acconcia fasciatura, impedirà che il guasto si rinnovi, fino a che il tempo abbia ricomposte le parti molli che attorniano l'articolazione.

Le generali norme qui accennate potranno essere poi variate all'uopo dall'ingegno dell'esperto chirurgo. Il quale, ammaestrato dalla esperienza clinica, dalla anatomia patologica, e (ciò che è sommamente utile) dalle esperienze fatte nel cadavere, e di tale guisa venuto bene in possesso di questa importantissima parte della chirurgia, avverrà talora che trovandosi in difficili congiunture, immagini nuovi procedimenti, che saranno facilmente efficaci perchè avranno lor base nel sodo sapere ch'egli attinse dall'esperienza.

SUNTO DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Ortopedia. — sulla scoliosi, o deviazione della colonna vertebrale. — Memoria del Prof. Eulemburg di Berlino. (continuazione V. pag. 42).

V. *Sintomi e decorso della scoliosi.* — Il suo cominciamento è molto insidioso. Non osservasi dapprima che una de-

viazione della spalla o dell'anca; più tardi soltanto si riconosce che questa deviazione dipende dall'altra preesistente del segmento dorsale o lombare della colonna. In queste condizioni, l'A. trovò questa curvatura della colonna sempre permanente, benchè, pel volere dell'ammalato o con qualche atteggiamento, si potesse momentaneamente ripristinare la direzione normale. Egli la considera siccome il *primo grado della scoliosi.* Il carattere di questo grado, è la possibilità di raddrizzare momentaneamente la colonna, sia passivamente con una pressione manuale, esercitata sulla convessità, sia colla contrazione volontaria dei muscoli flessori di questa convessità; allora scompare anche la deviazione della spalla o dell'anca. Ma questo ripristinamento non può essere *permanente*, dacchè i flessori della convessità mancano precisamente della energia necessaria per produrre questo effetto in modo durevole. Un'altro segno caratteristico di questo grado, si è, che la scoliosi scompare se l'individuo è coricato orizzontalmente sul ventre o sul dorso.

Spostato il peso del corpo per la deviazione laterale di un segmento vertebrale, appare all'altra estremità della colonna la curvatura di compensazione; i casi in cui non si osserva sono assai rari ed è necessaria in allora una debolezza muscolare straordinaria. Giunta al punto in cui la colonna vertebrale si piega ad S, la scoliosi avrà toccato il *secondo periodo.* Quì ancora può ristabilirsi passivamente la direzione normale della colonna; ma già l'individuo durerà fatica a conservarla, anche per alcuni minuti, per la contrazione volontaria de'suoi muscoli. Spesso o più tardi si aggiungono a queste due curvature caratteristiche, due altre curvature compensatrici ai segmenti cervicale e sacrale; la colonna descriverà allora una linea serpentina, d'ordinario convessa a sinistra pei segmenti cervicale e lombare, convessa a destra pegli altri due. Le due ultime curvature di compensazione menzionate, sono ordinariamente meno pronunciate: più di sovente prevale la curvatura dorsale.

In questo periodo si aggiunge in oltre e generalmente, sia sul principio come più tardi, una *rotazione* più o meno estesa del segmento curvato lateralmente; i corpi vertebrali girano nel senso della convessità, le apofisi spinose in quello della concavità.

Con la deviazione laterale permanente, comincia lo sviluppo secondario della *deformità* nell'apparecchio passivo della locomozione, nelle cartilagini intervertebrali e nel corpo delle vertebre. Il peso delle parti superiori del corpo non cade più sul centro della superficie articolare delle vertebre, ma sopratutto sulla porzione corrispondente alla concavità, e di più le cartilagini del pari che le vertebre subiscono colà una pressione pressochè permanente; per tale cagione l'altezza di questi organi diminuisce, mentre continua a svilupparsi ed anche aumenta dal lato della convessità, dove non havvi ostacolo; ne risulta una *deformazione a forma conica.* Questa caratterizza il *terzo periodo della scoliosi.* L'autossia ha provato che le cartilagini si atrofizzano più che le vertebre: di più è stabilito che le cartilagini dal lato della convessità sono estese, mollemente rilasciate, e che perciò esse col tempo perdono della loro consistenza e resistenza; esse non possono ricuperare le loro qualità che mediante una pressione intermittente. Alla convessità della curvatura dorsale, le coste si allontanano le une dalle altre; alla concavità, esse si avvicinano più che normalmente. In seguito alla rotazione delle vertebre, l'angolo delle coste con la colonna e con lo sterno si modifica del pari; l'angolo della costa, con l'apofisi articolare della vertebra, si allarga alla convessità della curva, mentre esso diminuisce alla concavità. Anche le coste con la loro estremità vertebrale, presentano una certa curvatura alla convessità e pajono appiattite alla concavità; il che si osserverà reciprocamente nella estremità sternale.

In questo periodo della scoliosi, la spalla figura per una grande diversità di atteggiamento, e ciò sopratutto per la ro-

tazione e la flessione laterale del segmento dorsale della colonna, nonchè pel cangiamento angolare delle coste alla loro estremità vertebrale. Ne risulta quindi che la scapola corrispondente alla convessità, cioè a dire la destra, per la scoliosi abituale, fa sporgenza sul di dietro; l'orlo interno della scapola e l'angolo inferiore si allontanano dalle coste, formando una curvatura; spesso essa è più elevata, come in generale tutta la spalla; la sproporzione fra le due scapole appare di tanto maggiore, che la sinistra corrispondente alla concavità si applica fortemente, con tutta la sua superficie anteriore contro le coste più appiattite, di modo che l'omero, pendendo verticalmente, questa scapola scompare pressochè per intero.

Tale spostamento *meccanico secondario* degli omoplata è di più favorito da una causa *fisiologica*. Infatti, mentre per la curvatura laterale della colonna vertebrale i punti d'inserzione dei muscoli fra la colonna e l'omoplata subiscono un cangiamento nei loro rapporti, la funzione di questi muscoli deve essere necessariamente modificata. Questa deformità meccanica consecutiva dell'omoplata, non deve essere confusa con una deformità *primitiva*, completamente indipendente dalla scoliosi. Tale circostanze è così importante per la diagnosi e la terapia da rendere necessarie alcune considerazioni.

Con la grande mobilità fisiologica di cui gode l'omoplata, la posizione normale di esso dipende, innanzi tutto dal modo di funzionare regolare ed eguale de' suoi muscoli. Se, in un punto qualunque, questa funzione sia inceppata, ne risulterà una deformità o meglio una deviazione, un dislocamento. Ma questo turbamento funzionale nei muscoli dell'omoplata può essere vario, e deve sempre esaminarsi accuratamente. In generale, come per la scoliosi muscolare, può attribuirsi a due cause. La contrattilità può essere 1.° aumentata; 2.° diminuita.

Più di sovente queste deviazioni, come la curvatura vertebrale, si devono ad una diminuzione nella contrattilità di uno o di più muscoli dell'omoplata. La forma più frequente di dislo-

camento di esso è l'allontanamento più o meno notevole dell'orlo interno dell'osso dalla colonna vertebrale cagionato dal rilasciamento dei muscoli trapezio e romboidei; il rilasciamento di questi muscoli producesi così di sovente che l'A. dà a questa affezione il nome di *dislocamento abituale dell'omoplata*. Ma a lato di questa forma giornaliera, v'hanno ancora altrettante deviazioni, quanto diverse sono le direzioni nelle quali può moversi la spalla. Reciprocamente, analoghe deviazioni si producono per contrattura o retrazione, cioè per accorciamento organico di questi stessi muscoli, che noi supponiamo all'istante, rilasciati, indeboliti, paralizzati. Ma la deviazione dovuta a una contrazione primitiva è ben più rara di quella dovuta al rilasciamento; come per la scoliosi muscolare, si diagnostica la retrazione da ciò che è impossibile, con una estensione passiva del muscolo in discorso, di ricondurre l'omoplata nella sua posizione normale.

Noi, nelle deviazioni dell'omoplata, vediamo quest'osso dislocato in modo permanente dai muscoli corrispondenti in tutte le direzioni: *in alto*, *al di dentro ed all'in alto*, ecc.; mentre i loro antagonisti hanno perduto della loro energia. Non può quindi esservi questione di condizioni *meccanico-statiche;* poichè un osso per essere deviato *in alto*, deve obbedire ad altre leggi che a quelle della statica.

V'hanno casi nei quali si può chiedere quale dei due omoplata sia deviato; infine, possono ambedue essere dislocati nello stesso senso od in un senso diverso. Il più difficile, per la diagnosi, si è quando una deviazione spontanea dell'omoplata è complicata a scoliosi; e non pertanto, questa diagnosi è di grande interesse per la terapia. Qualunque sia questa deviazione, essa eserciterà la sua influenza sulla clavicola corrispondente; perciò nel maggior numero dei casi di scoliosi avanzata *dorso-destro-convessa,* si trova la clavicola destra più curva della sinistra.

Ricordiamo, infine, che la notevole differenza offerta delle

due metà della faccia fu dall'A. osservata nella scoliosi di questo grado, allorchè il segmento cervicale vi partecipa. La metà della faccia e del cranio corrispondente alla concavità cervicale è sempre più piccola dell'altra: questa differenza è rimarchevole; essa conduce anche a sospettare d'altro che non di causa meccanica, di turbamento, cioè, nella nutrizione, dovuto alla pressione permanente che subiscono i nervi ed i vasi alla concavità della curvatura, dappoichè non esiste quì pressione che agisca verticalmente d'alto in basso, come ciò ha luogo per la colonna vertebrale.

Quando il male ha progredito fino al punto che non si può più, neppure momentaneamente, diminuire la deviazione della colonna con un movimento di pressione o di rotazione, e che la colonna rimane immobile, come per anchilosi, l'affezione ha già tocco il suo *quarto*, od *ultimo periodo*. La immobilità può riferirsi a molte cause, e più spesso al grado che attinse la deformazione angolare nelle vertebre e cartilagini. Succede talora un lavoro di consumo, di aderenze, di fusione fra le vertebre e le coste. Si trovano anche sugli scheletri degli scoliotici delle esostosi che si estendono da una vertebra all'altra, da un lato ad un altro; dei ponti ossei che li rendono immobili: sono osteofiti, prodotti da periostite cronica, conseguita a pressione permanente dal lato della concavità.

Notiamo inoltre alcuni turbamenti di funzione dipendenti dalla scoliosi. Se già, nel terzo periodo, si osservano talora disordini di digestione, circolazione o respirazione, questi appartengono nullameno e più specialmente al quarto periodo. Troviamo in questo nevralgie intercostali, cefalee, palpitazione, dispnea; fenomeni determinati dalla pressione delle radici dei nervi o dei visceri, e sopratutto dalla diminuzione di capacità della cavità toracica. Da queste osservazioni, l'A. conclude, che in generale, negli individui giovani, la scoliosi produce meno disordini funzionali di quello che si potrebbe credere, giudicando dalla estensione della deformità; che, al contrario,

nell'età avanzata, i malati ne soffrono molto più quando sono affetti, anche lievemente, negli organi del respiro.

VI. *Anatomia Patologica.* — A. *Colonna vertebrale.* In ogni scoliosi si trova:

a) *Una deviazione laterale ed una rotazione intorno all'asse verticale delle vertebre.*

b) *Una deformazione, a forma conica, delle vertebre e delle cartilagini intervertebrali.* Le più deformate sono sempre le vertebre sul mezzo della curvatura; nella scoliosi abituale, sono di solito la sesta, settima ed ottava dorsali.

c) La rotazione delle vertebre intorno all'asse verticale è costante quanto la deformazione cuneiforme. I corpi sono tratti verso la convessità della curvatura; le apofisi spinose verso la concavità: di tal guisa queste apofisi presentano al tatto una linea che non descrive del tutto esattamente il corso dei corpi delle vertebre.

d) In conseguenza della rotazione e del cangiamento di posizione delle coste alla loro estremità vertebrale, dovuto a questa rotazione, la scoliosi appare in pari tempo siccome una curvatura dal dinanzi all'indietro, e si avvicina, in apparenza alla cifosi ciò sopratutto si osserva nel segmento dorsale, dove esiste già una concavità fisiologica che favorisce lo sviluppo della cifosi.

e) I fori intervertebrali sono modificati e possono essere ristretti, ampliati, angolari, elittici.

f) Il canale midollare si trova pressochè sempre, allargato.

B. *Torace.* — Nella scoliosi avanzata, osservasi: la porzione dorsale della colonna è deviata, convessa a destra, ed oltrepassa la linea mediana di 3 a 4 centimetri; le coste della metà destra del torace sono incurvate all'indietro e ricoprono spesso tutta una serie di vertebre, mentre la loro estremità sternale è appiattita. La metà sinistra del torace si trova molto ristretta per l'appiattimento delle coste alla loro estremità vertebrale; queste coste presentano una curvatura anche verso

lo sterno; ma non tanta che vi abbia compensazione. I diametri del torace deviano adunque dalla norma in tutti i sensi; di più per la convessità lombare sinistra, le coste spurie sono spinte in alto, mentre a destra l'osso ileo è sovente rilevato così da sorpassare le false coste.

C. *Bacino.* — Le ossa del bacinò, possono per rachitismo subire certe alterazioni di forma senza essere necessariamente seguite da scoliosi. L'A. non ha quì in vista che le alterazioni di postura, che trovansi pressochè senza eccezione nella *scoliosi lombare sinistro-convessa.* L'ileo destro sembra più sviluppato e soverchia le ultime coste spurie. L'ileo sinistro è meno sviluppato ed ha una direzione meno verticale. Tutto il bacino appare assimetrico ed ha subìto una rotazione intorno a questi due assi, perfettamente analoga alla rotazione ed al cangiamento di posizione delle vertebre isolate di una porzione della colonna scoliotica. Egli ha *sempre* trovati questi cangiamenti di forma e di situazione delle ossa del bacino negli scheletri scoliotici, *quando* l'ultima vertebra lombare ed il sacro partecipano alla scoliosi, sia primitivamente, sia secondariamente; altrimenti esse erano nulle o poco caratterizzate. Gli è a questa circostanza che l'A. attribuisce l'opinione di que' che, come *Shau* e *Bouvier*, negano la deviazione di questa parte dello scheletro nella scoliosi.

D. *Ossa del cranio.* — Negli scheletri a scoliosi molto avanzata, egli ha sempre trovato più piccola la metà del cranio corrispondente alla concavità; appariva inoltre che il cranio avesse subìta una rotazione intorno al suo asse longitudinale; ma queste alterazioni mancano nei casi in cui le vertebre cervicali non parteciparono alla scoliosi.

E. *Muscoli.* — L'anatomia patologica è stata fino ad ora negletta, di modo che assegnavasi ai muscoli una parte poco attiva nella produzione della scoliosi: ovvero non si esaminavano i muscoli che sopra soggetti vecchi, nei quali, per conseguenza, la scoliosi era molto avanzata. L'A. ebbe la occasione

di esaminare lo stato dei muscoli in una fanciulla di 11 anni affetta da quattro anni di scoliosi, e che in otto giorni, periva di peritonite. Vide in questo caso i muscoli della convessità allungati, rilasciati, pallidi e meno nutriti di quelli della concavità; non trovò degenerazione adiposa; questa, non pertanto, fu riscontrata da altri osservatori, ai due lati della curvatura, specialmente alla convessità. È interessante che questa condizione dei muscoli, nella scoliosi, sia analoga a quanto fu osservato da parecchi autori nelle diverse forme di piedi torti, cioè a dire che i muscoli della convessità sono allungati, pallidi, meno nutriti; ben inteso che questa analogia non esiste che per la *scoliosi muscolare;* poichè nella scoliosi rachitica ed empiematica, i muscoli non sono primitivamente affetti. Sventuratamente, sotto questo rapporto, noi manchiamo ancora di dati esatti sull' anatomia patologica della colonna vertebrale in queste condizioni.

Il capitolo VII. tratta della *diagnosi* in generale.

VIII. *Del vero metodo per stabilire esattamente la diagnosi della scoliosi.* — I mezzi che devono impiegarsi per raggiungere lo scopo sono numerosi: la ispezione, il palpeggiamento, le manipolazioni (flessione e rotazione della colonna vertebrale): la esplorazione della energia funzionale dei muscoli isolati o dei gruppi muscolari, sia per movimenti volontarii, sia ottenuti mediante *faradizzazione;* infine la misurazione, nonchè spesso l' ascoltazione e la percussione.

Innanzi tutto è d' uopo spogliare il fanciullo in modo da poter esaminare tutta la colonna, fino alle anche; dargli un atteggiamento nel quale i piedi formino coi talloni un angolo acuto, e le braccia sieno pendenti. Il corpo inclinato all' innanzi può dar luogo a un errore; perchè con questo movimento si combina facilmente una rotazione dell' asse verticale che potrà diminuire la deviazione laterale, e di conseguenza mascherarla. Per eseguire le *manipolazioni*, è mestieri applicare il piatto della mano sulla convessità della curvatura; e cercare

di raddrizzare la colonna, con una pressione che aumenterà progressivamente; si tenterà pure un movimento di rotazione sul tronco. Si coricherà allora l'ammalato orizzontalmente sul ventre, per vedere se e di quanto la deviazione osservata per lo innanzi diminuirà o scomparirà. Procedendo allora all'esame degli omoplata, si cercherà se l'uno è più alto dell'altro e *quale* abbia subìta una deviazione. Per ciò abbisognerà ricordare che, normalmente, l'omoplata ricopre lo spazio dalla seconda alla settima costa; e si stende, per conseguenza, dalla prima alla ottava vertebra dorsale; di più che la base dell'omoplata è paralella all'asse longitudinale del corpo; infine, che la superficie anteriore di quest'osso deve ovunque ricoprire le coste sottoposte. Pel caso si verifichi una deviazione dovrà osservarsi se sia *primitiva*, cioè dipendente dalla funzione anormale dei muscoli dell'omoplata; ovvero se sia *secondaria*, per deviazione cioè della colonna vertebrale. Per tale effetto, sarà da esaminare lo stato delle coste alla loro estremità vertebrale; ma *sopratutto* vedere se anche i muscoli delle spalle sono in istato di *retrazione*, *contrazione* o *paralisi*. Infine, la ineguaglianza della posizione dei due omoplata, può ancora riferirsi a turbamenti nella nutrizione, a una deformazione della sostanza ossea, come, ad es., a rachitismo, esostosi, a paralisi prolungata di un braccio, ecc. Si confronteranno allora l'altezza, la forma, e la direzione delle due *spalle*, di poi la posizione ed il volume delle anche, l'altezza rispettiva delle creste iliache, la simmetria delle spine anteriori; si misurerà lo spazio fra la cresta e la costa falsa, ed il cavo ascellare di ciascun lato. Si farà che l'ammalato porti il peso del corpo alternativamente sull'uno o l'altro piede. D'ordinario, nella scoliosi lombare sinistro-convessa, l'anca destra pare più voluminosa della sinistra. Si esaminerà la posizione rispettiva dei due trocanteri; si prenderà misura delle coscie; si osserverà la superficie anteriore del tronco, notando la posizione degli acromii, la lunghezza e direzione delle clavicole; si esaminerà lo

sterno, le cartilagini e le coste in tutta la loro estensione; si misureranno di più le due metà del torace, ed in fine si avrà riguardo al modo di funzionare dei muscoli respiratorii e dei visceri. *(continuerà).*

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Sessione Scientifica del 6 Febbraio 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

I. R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti. *Atti T.* 9. *Serie* 3. *Disp.* 10 *Venezia* 1863-64 — *Memorie Vol.* 11. *Parte* 3. *Venezia* 1864. — R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. *Rendiconti, Classe di Lettere e Scienze Morali e Politiche. Vol.* 1. *Fasc.* 8. *Milano* 1864. — *Rendiconti, Classe di Scienze Matematiche e Naturali. V.* 1. *Fasc.* 9. *Milano* 1864. — Niemeyer F. *Patologia e Terapia speciale ecc.* 2. *traduzione italiana. Vol.* 1 *Disp.* 10 *e* 11 *Milano* 1864. — Del Chiappa cav. prof. Giuseppe. *Della Filosofia della Medicina. Libri quattro. Pavia* 1864. — Landi prof. Pasquale. *La Clinica Chirurgica nello Spedale di S. Maria della Scala di Siena. Siena* 1864. — Pennavaria dott. Filippo. *Sulla vita e le opere del cav. dott. Giuseppe Carbonaro. Discorso. Nota* 1862. — Niemeyer F. *Patologia e Terapia speciale ecc.* 2 *traduzione Disp.* 12, 13, 14 *e* 15. *Milano* 1865. — Sangalli prof. G. *Prelezione al Corso d' Anatomia Patologica in Pavia per l' anno scolastico* 1864-65. — Marcacci cav. Giosuè *Di un Cancroide all' angolo interno dell' occhio, nuovo processo di Blefaro-Plastica. Nota. Firenze* 1865. — *Di un Feto immaturo quale sia la sua età e se sia o no vitale. Parere Medico-Legale. Firenze* 1864. — *Sopra alcuni Emostatici e particolarmente quello proposto dal prof. Piazza. Esperienze. Bologna* 1863. — *Coagulazione del sangue per l' acqua Pagliari proposta di applicazioni alla cura degli aneurismi e delle varici. Firenze* 1863.

Il sig. Presidente apre la seduta invitando il Segretario a dar lettura del processo verbale dell'antecedente tornata del 23 Gennaio, il quale ottiene l'approvazione richiesta.

Quindi lo stesso Segretario dopo avere presentati i libri venuti in dono legge pure lettere di ringraziamento inviate dai signori prof. *Nicolis*, *dott. Casati*, e *dott. cav. Palasciano* per la loro nomina a membri corrispondenti nazionali di questa Società.

Il socio *dott. Verardini* avuta la parola parla del trovato del *prof. Gorini* di conservare i cadaveri per gli studi anatomici, e le carni per gli usi economici, ed appoggiandosi sul rapporto dell'Accademia di Torino, propone che la nostra Società a segno di onoranza lo proclami socio corrispondente. Il *prof. Versari* ed il sig. Presidente rammentando le cose di *Segato* di *Tranchina* e del nostro *dott. Ferlini* sono d'avviso che si debbano attendere ulteriori schiarimenti e che nella nomina dei soci si stia al Regolamento: il quale partito è adottato dagli adunati.

Legge quindi il *cav. prof. Gamberini* un suo lavoro di sifilografia il quale venne già pubblicato in questo nostro Bullettino.

Seduta del 10 *Marzo* 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

Poggioli Michaelis angeli *De Amplitudine Doctrinae Botanicae qua prestitit Fredericus Caesius. Romae* 1865. — Garbiglietti cav. dott. Antonio. *Intorno all'opuscolo del dott. Bernardo Davis sul cranio umano subfossile di Neanderthal. Torino* 1865. — Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania. *Relazione dei travagli scientifici sostenuti nell'anno XXXIX. Catania* 1865. — Piso Borme prof. G. *Osservazioni anatomiche fisiologiche intorno alla presenza di fibre muscolari liscie nelle vescichette polmonali dei vertebrati. Cagliari* 1863. — Moriggia dott. Aliprando. *La microscopia. Prolusione al corso libero d'Istologia normale umana nella R. Università di Torino. Torino* 1865. — Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. *Memorie Serie* 2 *T. IV Fasc.* 1. *Bologna* 1865. — Herczeghy dott. Maurizio. *Dissertazione sul gozzo endemico seguita da considerazioni sul cretinismo. Bologna* 1865. — Cheirasco cav. dott. Enrico. *Sul riordinamento sanitario marittimo e terrestre. Cagliari* 1865. — R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere *Memorie Classe di Scienze Matematiche e Naturali. Vol. X Fasc.* 1. *Milano* 1865. — *Rendiconti Classe*

suddetta. Vol. II Fasc. I. Milano 1865, *e Vol. I Fasc. X. Milano* 1864. — *Memorie Classe di Lettere e Scienze Morali e Politiche. Vol. X Fasc.* 4. *Milano* 1865. — *Rendiconti, Classe suddetta. Vol. I Fasc. IX e X. Milano* 1864, *e Vol. II Fasc. I. idem* 1865.

In seguito di una lettera del sig. Presidente che avvisa essere Egli assente da Bologna, il socio Anziano prof cav. *Versari* presiede e dichiara aperta la sessione: e da prima venne letto il processo verbale dell' antecedente seduta scientifica del 6 Febbraio il quale viene approvato.

Dopo essere stati presentati i libri venuti in dono si leggono due lettere l' una del prof. *Gorgone* di Palermo, l' altra del cav. dott. *Romolo Griffini* di Milano che ringraziano la Società di essere stati nominati soci corrispondenti. Esaurite le pratiche di prescrizione era acclamato socio corr. straniero il sig. cav. prof. *A. Pouchet* di Rouen.

Si lesse poscia il programma di un Congresso Medico da tenersi a Bordeaux dal 2 all' 8 Ottobre prossimo, non che la nota dei temi che vi saranno trattati.

Quindi si lesse una lettera del dott. *Enrico Venturini* Medico a Russi. diretta al prof. *Brugnoli* nella quale espone tutti gli argomenti che appoggiano la essenzialità del morbo miliare primitivo, criticando in ispecie le opposizioni che vi sono fatte specialmente dai Medici della Germania che spiegano l' eruzione miliarosa come un effetto di abbondante diaforesi, cioè per la raccolta del sudore sotto l' epidermide. Questa lettera venne già per intero inserita nel nostro Bullettino, perciò altro non aggiungeremo sugli argomenti svolti dal *Venturini* nel sostenere l' annunziata tesi.

Invitati i soci a presentare osservazioni relativamente alla lettura che era stata fatta, sorge da prima il socio cav. *Gamberini* il quale a sempre più sostenere la essenzialità della miliare, e abbattere l' ipotesi che la vescichetta non sia che l' estremità di un canale sudorifero ostruito, si fa ad osservare 1.° che ovunque nel nostro corpo vi sono sbocchi di canaletti pel sudore, ed invece la eruzione miliare si presenta soltanto in date località. 2.° Che in pratica si osserva la miliare rossa e la bianca e ciò implica due varietà di una specialità morbosa, il che non potrebbe essere quando fosse ammessa vera la teoria dell' ostruzione del dotto sudorifero. 3.° Che questo fatto di corrispondenza fra la vescichetta miliare ed il dotto sudorifero dovrebbe essere verificato da osservazioni microscopiche. 4.° Che il sudore nella miliare ha un odore particolare aliaceo esteso a tutto il corpo dell' infermo, e di questo odore non è fornito il sudore in altre contingenze morbose, per cui da ciò si mostra una diversità di ragione; finalmente confrontando i fatti dell' idroa e della miliare ciò fa risultare le differenze molte che si presentano, mostrando come l' idroa coincidi con esagerazione sudatoria, e la miliare abbia un' impronta tutta speciale caratteristica.

Anche il socio dott. *Verardini* aggiunge alquante parole in appoggio della sentenza stata sostenuta dai preopinanti, e gli argomenti messi innanzi versano in ispecie sulla qualità dei sudori e sui sintomi proprii e concomittanti tale proteiforme, come Ei la chiama, e subdula malattia. Eziandio il prof. *Versari* coll' enumerazione dei sintomi che corredono la malattia viene ad argomentare l' essenzialità della miliare. Da ultimo prende la parola il prof. *Brugnoli*, il quale dice di ciò fare in causa che a Lui si è diretto il *Venturini* e per dichiarare nuovamente ch' egli appartiene a quella schiera di Medici che riconoscono l' essenzialità della miliare primitiva, ed aggiunge che alla diagnosi egli non è mai condotto dall' eruzione vescicolare, ma bensì dai sintomi speciali caratteristici del morbo, quali sono quel polso tutto speciale e come saltellante, l' oppressione epigastrica, la fisionomia dell' infermo, il battito delle jugulari, i dolori vaganti, i formicolii ecc. e specialmente dell' andamento e della irregolarità della malattia colla larva della quale si presenta la miliare, giacchè la pneumonite, l' essudato pleuritico, la febbre intermittente, il delirio, il tetano, le convulsioni, la mania che sono sostenute dal principio miliaroso, hanno tali particolarità e offrono un andamento abbastanza lontano dall'ordinario e comune da mostrare essere morbo d' origine diversa, essere forma o larve sotto cui si cela un' entità reale, vale a dire il morbo miliare.

Il dott. *Cesare Belluzzi* qual direttore della nostra Commissione di Vaccinazione pel triennio 1862-64, presenta poscia il seguente quadro delle Vaccinazioni eseguite per conto di questa Accademia.

Vaccinazioni e Rivaccinazioni praticate dalla Società Medico-Chirurgica di Bologna nel triennio 1862, 63 *e* 64.

		Esito incognito	Favorevole	Pustole spurie	Nullo	Totale
1862	Vaccinazioni	73 (1)	612	2	25 (2)	727
	Rivaccinazioni (3)	15	14		1	
1863	Vaccinazioni	63 (4)	1007	7	20	1 127
	Rivaccinazioni (5)	5	12		13	
1864	Vaccinazioni	53 (6)	614	4	12	694
	Rivaccinazioni «		10		1	
					Totale del Triennio	2548

Osservazioni

(1) Di queste 73, 46 appartengono alla campagna.

(2) Uno di questi aveva cicatrici di vajolo naturale pregresso.

(3) Non è sempre da intendersi nello stretto senso della parola, ma anche di vaccinazione ripetuta.

(4) 35 Erano di campagna.

(5) Due veramente furono rivaccinazioni (389, 750) la prima in una fanciulla di 8 anni diede pus spurio; nell' altra di anni 10 diede pus regol. 6. Nell'anno 1863 vi fu in Bologna una discreta epidemia vajuolosa, il che dà ragione del numero grande delle vaccinazioni operate. In un giorno solo ve ne furono 144, il maggior numero forse che vi sia mai stato alla Società. Essendosi avuto dal prof. *Ercolani* linfa vaccinica primitiva raccolta nel Parmigiano si mise a prova, però senza effetto.

Si osservò in 3 vaccinati (479, 541, 599) il decorso contemporaneo e regolare della vaccina e del vajolo, il quale fu mite, forse perchè modificato dalla vaccina. In 2 casi (700, 718) il vaccino corse contemporaneamente alla vajoloide, e in uno (1076) colla rosolia. In 2 fanciulli (615, 735) la vaccina fece il suo corso regolare quantunque altri individui della famiglia fossero affetti da vajolo arabo; anzi uno di questi vaccinati giaceva nello stesso letto del vajoloso: altro fatto che sta in favore della grande azione preservante del vaccino.

(6) 31 Sono di campagna.

In due casi (97, 101) si ebbe corso regolare contemporaneo della vaccina e della vojoloide. In un caso (286) le pustole tardarono tanto a comparire che si trovarono in corso colla seconda vaccinazione ripetuta un settenario dopo. Finalmente fra i casi di non suscettività alla vaccinazione è notevole uno (421) nel quale fu praticata 4 volte sempre senza effetto.

Dott. Cesare Belluzzi
Direttore delle Vaccinazioni gratuite della Soc. Med. Chir.

Seduta del 6 Aprile 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

LANDI CAV. PROF. PASQUALE. *Verità nella Scienza e Moralità nell' Arte. Prelezione all' insegnamento della Clinica Chirurgica e della medicina Operatoria. Bologna* 1865. — MANTEGAZZA CAV. PROF. PAOLO. *Degli*

innesti animali e della produzione artificiale delle cellule. Ricerche sperimentali. Milano 1865. — ATENEO VENETO. *Atti. Serie II Vol. I Puntata IV. Venezia* 1865. — CAPPARELLI DOTT. LEONZIO. *Patologia Chirurgica, La dottrina di Palasciano intorno agli aneurismi. — Dei solfiti e iposolfiti medicinali e dell'uso che se ne può fare nella pratica della Chirurgia. — Osservazioni e considerazioni intorno all'uso del solfito di soda nella cura del tifo — Nuovi esperimenti clinici sull'uso dei solfiti — Diversi usi terapeutici del percloruro di ferro. Napoli* 1859. — SCHIVARDI DOTT. PLINIO. *Rivista Elettrologica semestrale I e II. Milano* 1864-65. — BIBLIOTECA COMUNITATIVA DI BOLOGNA. *Doni di Libri, medaglie ed altri oggetti antichi e moderni. Bologna.* — CORRADI CAV. PROF. ALFONSO. *Quesiti per formare la carta nosogeografica della Sicilia. Palermo* 1865. — *Di un modo di rendere popolare l'Igiene. Milano* 1865. — NIEMEYER F. *Patologia Terapia speciale ecc.* 2 *traduzione Disp.* 16, 17, 18 *e* 19. — DOCTOR DON IUAN BAUTISTA ULLERSPERGER *Memoria sobre la influencia del cultivo del Arroz y exposicion de las medidas conducentes a evitar toto dano o retajar los que sean inevitables, hasta el punto de que las ventajas del cultivo superen a los inconvenientes. Madrid* 1864. — FELICE DOTT. LUIGI *Dell'Ematocele Peri uterino Memoria. Milano* 1865. — GARBIGLIETTI CAV. DOTT. ANTONIO *Intorno all'opera manoscritta del dott. Francesco Valentini Serini sopra i funghi sospetti e velenosi del territorio sanese. Relazione. Torino* 1864.

La seduta è aperta colla lettura ed approvazione del processo verbale dell'antecedente.

Poscia si lesse una lettera del cav. prof. *Pouchet* che ringrazia per la sua nomina di socio corrispondente straniero, ed altra del Ministro della Pubblica Istruzione che ringrazia per avergli inviate le notizie storiche intorno quest' Accademia.

Viene pure presentata una preparazione patologica in iscagliola rappresentante il caso di *Atrofia gialla acuta del fegato* descritto dal socio dott *Verardini* in una Memoria letta all' Accademia delle Scienze, e di cui il nostro Bullettino ha dato conto, la quale da Esso viene donata al nostro Museo. Il sig. Presidente interpretando i sensi dell'Accademia rende al donatore le ben dovute grazie.

Poscia ha la parola il dott. *Verardini* il quale legge un sunto di un lavoro del dott. *Errico De Renzi* di Napoli sulle cellule o globuli del pus, i globuli bianchi del sangue ed altro. Questo sunto fu per intero pubblicato nel nostro Bullettino pel quale fine era stato redatto. Dopo ciò fu sciolta la Sessione.

Seduta Scientifica del 29 Maggio 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

GANDOLFI PROF. GIOVANNI. *Fondamenti di medicina Forense analitica Fasc.* 36 *al* 56. *Milano* 1864. — MELONI SATTA CAV. DOTT. PIETRO. *Sul rendiconto delle Dermatosi curate nell' Ospedale Maggiore di Milano, dal dott. Carlo Pasta. Analisi Bibliografica. Cagliari* 1865. — PAOLUCCI DOTT. FRANCESCO. *Servizio Sanitario. Memoria. Rimini* 1865. — DE CRECCHIO PROF. LUIGI. *Sopra un caso di apparenze virili in una donna. Napoli* 1865 — NIEMEYER F. *Patologia e Terapia speciale ecc.* 2 *traduzione Disp.* 20 *e* 21. — NERI DOTT. GIUSEPPE. *Cenni Statistici del R. Manicomio di Lucca. Fano* 1864. — TURCK DOTT. L. *Nouveau Mémoire sur la nature et le traitement de la Folie. Paris* 1862. — *Petition au Senát sur le régime des aliénés en France. Gray* 1865. — *L'école aliéniste francaise, l' isolament des fous dans les asiles, l' influence détestable de ceux-ci. Insuffisance de la protection que la loi accorde a l' aliéné. Paris.* — GARBIGLIETTI CAV. DOTT. ANTONIO. *Intorno alla dissertazione sul gozzo endemico seguita da considerazioni sul cretinismo del dott. Maurizio Herczeghy di Pesth. Rapporto Torino* 1865. — CASATI DOTT. GAETANO. *Prospetto clinico della R. Scuola di Ostetricia in Milano diretta dal prof. Pietro Lazzati. Milano* 1865. — I. R. ISTITUTO VENETO DI SCIENZE, LELTERE ED ARTI. *Atti. T. X Serie III Disp.* 1, 2 *e* 3 *Venezia* 1864-65. — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE. *Rendiconti. Classe di Scienze Matematiche e Naturali Vol. II. Fasc. II. Milano* 1865. — *Rendiconti Classe di Lettere e Scienze Morali e Politiche. Vol. II Fasc. II. Milano* 1865. — RAPHAEL ET FISCHER. *Des verres gradués comme moyen curatif dans les affections sérieuses ou affaiblissement de la vue. Metz* 1863. — PERUZZI CAV. DOTT. DOMENICO *Osservazione di strangolamento od allacciatura del cordone spermatico in surrogazione della semicastrazione. Fano* 1865. — *Osservazione di Fistola vaginale enorme operata col metodo americano e proposta di nuove forbici per la cruentazione del labbro anteriore della bocca dell' utero. Fano* 1865. — BIANCHI DOTT. ACHILLE *Prospetto statistico degl' infermi curati nelle sale della Clinica Medica Romana diretta dal ch. prof. Guido Baccelli dal* 1. *Aprile* 1864 *al cadente Marzo* 1865. *Roma* 1865. — MINERVINI CAV. DOTT. GABRIELE *La Vaccinazione e le sue leggi in Italia. Memoria pel cav. Giuseppe Giannelli. Sunto con alcune osservazioni. Napoli* 1865. — GANDOLFI PROF. GIOVANNI. *Fonda-*

menti di Medicina forense analitica ecc. Compimento dell' opera. Milano 1865. — FEDERICI DOTT. ALESSANDRO. *Sulla peste, le epidemie ed i contagi e sulla pubblica preservazione. Lezione di storia del prof. comm. Angelo Bo. Esame critico. Genova* 1865. — GAMBARI DOTT. GIROLAMO *Prima Relazione quinquennale dal Novembre* 1858 *a tutto l' Ottobre* 1863. *del nuovo Manicomio di Ferrara. Ferrara* 1865. — TASSI DOTT. EMIDIO. *Sull' ematocele retro-uterino o peri-uterino. Osservazioni Roma* 1865.

Sono presenti i sig. prof. *Lorenzo Bruno* e dott. *Sisto Anfossi* di Torino.

Il processo verbale dell' antecedente Sessione è letto ed approvato.

Sono comunicati i programmi e gl' inviti relativi al Congresso Scientifico-letterario-straordinario da tenersi in Napoli nel prossimo Settembre.

Quindi la commissione incaricata nella Sessione del 10 Marzo di fare la scelta dei temi pei Concorsi, *Sgarzi* e *Gajani* si fa ad esporre che pel *Premio Sgarzi* di itat. L. 1000 essa è di parere di riproporre l' argomento messo nell' ultimo concorso, modificato nel modo seguente. *Esporre ed apprezzare la parte che spetta agli Italiani nell' avanzamento della Scienza ed Arte Chirurgica dal principio del secolo* 19.° *fino al presente.*

Il voto della commissione è adottato all' unanimità.

Rispetto al *Concorso Gajani* la Commissione ha scelto il seguente tema. — *Stabilire specialmente all' appoggio dell' osservazione se l' innesto vaccinico sia o no capace di trasmettere la sifilide.*

Questa proposta da prima non è approvata, ritenendosi da alcuni soci che sia già risoluta, e da altri che abbisognando fatti, questi non si possono a volontà produrre: le ragioni però messe innanzi dalla Commissione e da vari soci, non che dal prof. *Bruno* persuadono la maggioranza dei soci della convenienza di questo tema, e quasi all' unanimità di voti il parere della Commissione è poscia adottato.

Sono pure presentati tre giovani di Pieve di Cento, fratelli, due maschi ed una femmina di anni 15 e 18, i due primi, e 26 l' altra, i quali presentano un rimarchevole esempio di nanismo. Gli adunati dopo averli osservati delegano una Commissione che li esamini e ne faccia una nota. La Comissione si compose dei soci *Versari, Brugnoli, Verardini, Romei, Modonini* e del sig. Presidente prof. *Rizzoli.*

Il prof. *Lorenzo Bruno* con sentite ed affettuose parole dichiarava di essere ben lieto di trovarsi presente ad una nostra Convocazione per rendere grazie molte alla Società per l' onore che gli fu conferito non ha guari annoverandolo fra i soci corrispondenti di quest' Accademia.

L'argomento della Seduta Scientifica fu la lettura della prima parte di un lavoro del dott. *Enrico Torri*, intitolato: *Ricerche* ed Esperienze onde stabilire le proprietà dell'Elettricità dinamica, e di quella d'induzione, e determinare a quali malattie convenga meglio l'una piuttosto che l'altra.

Fece notare che siccome l'elettricità dinamica ha fatto cadere in disuso l'elettricità statica; così l'elettricità d'induzione era per fare dimenticare la dinamica, se alcuni propugnatori della medesima, in particolare il *Namias* il *Ciniselli*, ed altri fra noi, il *Remak* ed altri all'estero, non avessero dimostrato possedere l'elettricità dinamica, proprietà sue particolari, da doversi preferire in molti casi all'elettricità d'induzione; svolge in breve i pensamenti del *Namias* sui buoni effetti da lui ricavati nella cura delle paralisi e di altre malattie coll'elettricità dinamica per cui la proclama la migliore nella terapia elettrica, e combatte il *Duchenne* in diverse sue viste generali ed in particolare quando vuole infermare le deduzioni elettro-fisiologiche dei nostri celebri italiani da essi ricavate dietro accurate esperienze sugli animali.

Il *Torri* termina coll'avvertire che nella seconda parte compirà l'assuntosi impegno.

Seduta Scientifica del 30 Giugno 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

TOFFOLI LUIGI. *Nuovo cenno illustrativo sulla causa della Rabbia, e mezzo unico di preservarne il popolo. Pensamenti. Padova* 1865. — MAZZOLINI GIOVANNI. *Sull'uso ed utilità delle pillole antifebrili. Roma* 1865 — BARBIERI DOTT. GAETANO. *Cenni biografici intorno a Diego Guateri farmacista morto a Cesena. Rocca S. Cassiano* 1865. — DESOGUS DOTT. GAETANO *Lezione teorico-pratica sulla Vaccinazione. Cagliari* 1865. — ZIINO GIUSEPPE. *Prelezione al corso di Medicina Legale. Messina* 1865 — LAURO BIAGIO. *Corso di Clinica Medica. Napoli* 1864. *Vol.* 1. — ACCADEMIA DI SCIENZE LETTERE ED ARTI DI PADOVA. *Rivista periodica. Fasc.* 21 *al* 36. *Padova* 1862-65. — VERGA CAV. DOTT. ANDREA. *Per l'inaugurazione del nuovo Teatro Chirurgico nell'Ospedale Maggiore di Milano. Discorso. Milano* 1865. — RICORDI DOTT. AMILCARE. *Sifilide da allattamento e forme iniziali della sifilide. Memoria. Milano* 1865. — GENTILI PROF. PIETRO. *Due parole alla Revue des deux Mondes, e ad H. Taine per un articolo pubblicato il* 15 *Aprile* 1865. *Roma* 1865. — DOTT. GUILLAND *De la Medication par les ferrugineux et plus particu-*

lièrmente par l'eau de la Bauche. Chambéry 1865. — MALAGODI CAV. PROF. LUIGI. *La Litotripsia è invenzione italiana? Dilucidazioni storiche. Fano* 1865. — NIEMEYER F. *Patologia e Terapia speciale.* 2 *traduzione ecc. Disp.* 22 *e* 23. *Milano* 1865. — BERNARDI DOTT. LAURO *De' Secreti in Medicina Commentario storico-pratico. Rovereto* 1865. — *La Matematica nella Medicina. Rovereto* 1864. — LAURA SECONDO *Il suicidio. Torino* 1865. — LINOLI ODOARDO. *Storia della malattia per la quale morì Giuseppe Pucci. Lucca* 1865. — SANI DOTT. FRANCESCO *Cliniche osservazioni sopra alcune malattie chirurgiche operate. Rieti* 1865. — CELLE DOTT. NICOLÒ. *Sulla questione quale sia da preferirsi se il dinamismo del Tomasini ovvero l'organismo del Bufalini. Osservazioni comparative. Firenze* 1864.

Presentati i libri in dono e dopo la lettura ed approvazione del Processo verbale dell'ultima sessione, viene annunziata la morte del distinto nostro socio corr. comm. prof. *Angelo Abbene* di Torino ivi avvenuta il primo del corr. mese.

Il Socio dott. *Cesare Belluzzi* leggeva poi una sua Memoria (già pubblicata nel fascicolo di Luglio) intitolata « del rivolgimento ostetrico esterno in unione al parto prematuro ad arte provocato » ed indi presentava un' importantissimo pezzo ostetrico consistente in un aborto umano di due mesi circa, in relazione con una placenta nonimestre, del quale pezzo espone la seguente illustrazione.

« Il 27 Maggio 1865 visitai certa Maldini . . . . . sposa, che ha avuto vari parti regolari e che si riteneva ultimamente incinta di un mese circa, quando ebbe un forte spavento essendosi appicato il fuoco presso la sua casa. Non so con quale consiglio praticò essa vari pediluvi; ad ogni modo migliorò degli incomodi che le erano sopraggiunti, credette che la gravidanza progredisse, le parve anche di sentire deboli moti fetali, finchè giunta alla fine dell' 8° mese vide gemere sangue dalle pudende, che durò per un mese circa e quindi fu presa dai dolori del parto.

La levatrice trovò che si presentava la placenta alla bocca dell'utero ma avvertì il volume del ventre, quale suol essere alla metà della gestazione.

In seguito a poche contrazioni uterine la donna espulse la placenta che presento, unita alla quale ed entro un piccolo sacco eravi l'embrione della grandezza di 2 mesi circa.

Portata alla Maternità, io e il sig. dott. *Fabbri* l'osservammo e vedemmo che essa presentava il colorito quasi normale, e veramente sembrava una nonimestre placenta; nella faccia uterina non erano quasi più apparenti le divisioni dei cotiledoni, nella faccia fetale erano alcuni focolari emorragici che

abbiamo aperti e in alcuni di essi vi era sangue aggrumato; l'embrione poi era alquanto rammollito ma non soverchiamente.

È degno di essere notato che alla puerpera comparve la secrezione lattea in tale copia che si presentò agli Esposti per avere un bambino da allattare.

L'interpretazione a mio parere più plausibile di questo fatto (dice il *Belluzzi*) si è che lo spavento sofferto dalla Maldini abbia indotto la morte dell'embrione ad un mese e mezzo o poco più di vita; che abbia soggiornato quasi altri 7 mesi nell'utero senza alterarsi profondamante, nel mentre che la placenta mantenendosi aderente al viscere ha continuato ad essere nutrita ed ha raggiunto lo sviluppo che le si addice al nono mese: la sovrabbondanza del sangue che affluiva alla medesima avrà forse dato luogo alle raccolte ematiche nominate.

Da ultimo avvisa il *Belluzzi* necessaria cosa di conservare anche questo raro pezzo patologico che gli appartiene in quanto che non ne conosce altri che mostri tanta sproporzione fra l'embrione e la placenta. Anzi poichè ne consta che il gabinetto ostetrico della nostra Università non possiede un esemplare simile ne fa dono alla medesima, lasciando alla Società nostra una nitida fotografia ».

NOTIZIE EDITE

Patologia e Terapeutica Medica

Sulle lesioni anatomiche dei reni nell' albuminuria., pel dott. *Cornil.*

L'A. riassume la sua pregevole Memoria colle seguenti conclusioni.

La congestione renale non basta a produrre l'albuminuria; perchè l'albumina passi nell'urina è necessario che colla congestione ci sia una lesione anatomica delle cellule epiteliali dei tubulini.

Questa lesione delle cellule epiteliali, che si trova costantemente in ogni albuminuria patologica per lieve e passeggiera che sia, consiste nella tumefazione anormale delle cellule epiteliali ripiene prima di granulazioni proteiche, e poscia di granulazioni grassose. Ciò avviene, *a* nella nefrite albuminosa passeggiera, *b* nella nefrite albuminosa persistente.

La nefrite albuminosa passeggiera *(nephriti catarrhalis* di *Virchow* e *Rosenstein)* si osserva spessissimo nella febbre tifoidea, nel tifo, còlera, nella febbre puerperale, nell'eresipela ecc: essa è caratterizzata dallo stato delle cellule di cui si è detto.

La nefrite albuminosa persistente o parenchimatosa comprende tre forme.

a. La nefrite albuminosa semplice, che può succedere alla forma precedente, e che ne differisce solo per le lesioni più profonde, più generali, incomincia con una tumefazione anormale delle cellule, e finisce colla loro completa trasformazione in granuli grassosi: questa è la causa dell'albuminuria la più frequente di tutte le lesioni dei reni.

b. La nefrite albuminosa con degenerazione grassosa dei vasi (arterie, vasi dei glomeroli, rete capillare). Benchè queste lesioni potessero esistere con una semplice nefrite albuminosa, si rinviene nel medesimo tempo, e nel più grau numero dei casi, un principio di atrofia del rene e delle granulazioni brightiche. Queste granulazioni della sostanza corticale del rene, che son sempre cagionate dall'atrofia dei tubuli, i quali circondano le granulazioni, mentre che nel nodulo medesimo i tubuli ed i glomeruli serbano il volume normale, non hanno punto bisogno per prodursi dell'ipergenesi del tessuto congiuntivo dei reni. Si possono distinguere due specie di granulazioni dei reni secondo che il tessuto medesimo della granulazione è più o men alterato che le parti che lo circondano. Tale forma di malattia del rene deriva sempre dalla precedente.

c. La nefrite albuminosa con degenerazione detta amiloide dei vasi. Ne esistono due varietà secondo che le parti si colorano solamente in bruno coll'iodio e l'acido solforico o al contrario pigliano tutti i diversi colori del primo (1) Questa forma succede talvolta alla forma *a* e ne è una complicazione.

I cilindri epiteliali e ialini si rinvengono in tutt'i casi in gran numero nell'urina degli infermi di albuminuria; di rado assai si notano nell'urina normale. I cilindri ialini con granulazioni grassose hanno l'importanza per

---

(1) Quì l'A. pare che voglia intendere i varii colori che piglia il iodo, secondo i diversi suoi stati. In vero allo stato solido è di un violetto oscuro, allo stato di vapore è il tipo del color violetto: allo stato di soluzione è giallo o rosso oscuro a secondo la concentrazione ecc.

dotersi diagnosticare il grado inoltrato della nefrite albuminosa persistente o parenchimatosa.

La degenerazione grassosa si può rinvenire nei tubuli, benchè non ci sia affatto o ci sia poca albuminuria; si può osservare specialmente nell' avvelenamento pel fosforo e nell'itterizia assai notevole, qualunque sia stata la causa. (*La Medicina*, 12 *Giugno* 1865.

Del trattamento del reumatismo nodoso coi bagni arsenicali. *Noel Guénau.*

Sono già molti anni da che il Signor *Guènau de Mussy* adopera i bagni arsenicali contro il reumatismo nodoso. Questo metodo curativo gli è stato suggerito dal pensare che parecchie acque minerali, il cui uso viene vantato contro il reumatismo, contengono dell' arsenico.

Il nostro collega distingue due classi di reumatismi; quelli che sono francamente cronici, e quelli che, pur essendo tanto cronici, per la durata, presentano però di tempo in tempo delle esacerbazioni e passano così allo stato sub-acuto.

Nel primo caso *Guènau de Mussy* prescrive dei bagni con 100 a 150 grammi di sotto-carbonato di soda ed 1 ad 8 gr. di arseniato di soda. Egli ha l' abitudine di far prendere nello stesso tempo all' interno una miscela d' estratto di chinina e di ioduro di potassio, in pozione e in pillole (50 centigrammi d' estratto per 25 a 75 centigr. di ioduro).

La miscela dei due sali di soda rende i bagni più attivi: così quando essi sembrano d' impressionare troppo gl' infermi, come nella seconda forma di reumatismo, val meglio adoperare l' arseniato di soda soltanto alla dose di 2 a 10 gr. per bagno, con l' aggiunta di 250 grammi di gelatina. Nei casi al contrario, in cui l' azione dei bagni è lenta a farsi sentire, *Guènau de Mussy* amministra contemporaneamente l' arsenico all' interno; egli dà il liquore di *Fowler* mischiato a dello sciroppo di chinachina o a dello sciroppo antiscorbutico. Quando i dolori sono troppo vivi, prescrive nello stesso tempo i narcotici sorvegliandone l' azione sullo stomaco.

I bagni sono amministrati tutti i giorni pari, essi debbono essere ad una temperatura moderata di 33° a 36° C.; la loro durata è in media di tre quarti d' ora ad un ora. Sotto la loro azione gli ammalati provano dei leggieri pizzicori alla pelle, con una sensazione di benessere, di alleviamento. Più tardi può sopravvenire una vera molestia, un' esacerbazione dei dolori che fa talvolta necessitare l' uso dei calmanti. Dopo l' azione curativa si vede che la tumefazione articolare diminuisce, la cedevolezza supplisce la rigidità, e se le deviazioni non sono nè troppo pronunziate nè troppo antiche, le membra riprendono a poco a poco la loro no male direzione. Questo ri-

sultato talora è ottenuto dopo un piccol numero di bagni. Ma bisogna tuttavia continuare ancora la medicazione per un tempo assai lungo se voglionsi evitare le recidive: si trascura poco a poco aumentando progressivamente l' intervallo dei bagni.

Con questa cura *Guènau de Mussy* ha ottenuto dei notevoli risultati non solo nel reumatismo nodoso, ma altresì nelle altre forme di reumatismo, nelle neuralgie e paralisi reumatiche, in certi stati umidi che si ravvicinano alla gotta, in talune nevropatie isteriche. *(Gazzetta dell' Associazione Medica,* 12 *Agosto* 1865 *)*.

Conservazione del ghiaccio in piccola quantità: *del Dott. Schwarz.*

L'uso del ghiaccio, dice il *Moniteur Industriel,* si è diffuso assai ai nostri giorni, e specialmente come mezzo di medicazione nelle diverse malattie. Procurarsene in ogni tempo è cosa facile assai, ma la difficoltà fin qui consisteva nel conservarlo allorchè non se ne possedeva che una piccola quantitá. Se ne avevano con molta difficoltà, per esempio, cinque chilogrammi, di cui un quarto solo forse serve al malato durante lo spazio di un giorno.

L'indomani tutto il resto sarà fuso, e si ha da capo il disgusto e l' incomodo di procurarsene un' altra quantità e con nuova spesa. — Indicherò un mezzo di conservazione, estremamente semplice, che si procura facilmente in tutte le case.

Mettete il ghiaccio che voi volete conservare in una scodella, una tazza, un vaso, ecc,, coprite questo con un piatto, ponete il vaso sopra un letto di piume, o sopra un guanciale, e ponete disopra un' altro cuscino di piume.

Si sa che le piume sono il più cattivo conduttore del calorico. Esse concentrano il calore del corpo umano e lo riscaldano per conseguenza. Ma, per la stessa ragione, esse rattengono il calore condotto dall' esterno ed impediscono cosi la fusione del ghiaccio. Non si formeranno colla fusione che quantità insignificanti di acqua, che si ha cura di versare prima di servirsi del ghiaccio.

Ho conservato in tal modo, con una temperatura di primavera, per l' uso di un malato, una quantità di ghiaccio di tre chilogrammi per lo spazio di otto giorni. *(Annali di Chimica del dott. Giovanni Polli. Fasc. di Luglio* 1865 *)* (1).

---

(1) Da quest' uso della piuma, che è senza dubbio il corpo più coibente che si conosca, si può trarre partito anche per fare, con poca spesa, una conserva di ghiaccio, servibile, massime in campagna, o in lontananza dei cen-

Ricerca sulla natura e costituzione anatomica della pustola maligna: *di Davaine.*

Le relazioni della pustola maligna nell' uomo con le affezioni carbonchiose degli animali sono fin da lungo tempo conosciute. Questa pustola si determina nel sangue di un animale carbonchioso che s' introduce sotto l' epidermide. Per la qual cosa, se il carbonchio ha per elemento essenziale gl' infusori filiformi detti *bacteridi* essi debbono far parte della pustola in esame in modo che dalla presenza o mancanza di essi si può fare la diagnosi di questa pericolosa malattia.

Le pustole assoggettate all' azione dell' acido cromico s' induriscono e si conservano perfettamente in modo, che non solamente si può constatare la loro presenza, ma ancora la disposizione ed il rapporto di questi corpuscoli; e se dopo tagliate in sottilissimi strati, s' immergono nella potassa caustica, la quale disfà gli elementi della pelle, rimangono i bacteridi netti e precisi.

I bacteridi occupano il centro della pustola. Essi sono situati nello strato mucoso, o del *Malpighi*, al disotto dello strato epidermico superficiale, non uniformemente ripartiti, ma formanti gruppi disseminati e separati dai gruppi delle cellule epiteliali a guisa di feltri molto compatti; oltre di che nessun altro elemento patologico rinvienesi in queste pustole, meno le vescichette adipose normali contenenti cristalli di margarina, come in molti altri casi.

In somma nella pustola maligna, dopo il terzo giorno del suo sviluppo i *bacteridi* sono l' elemento unico ed essenziale del tumore. La pustola maligna è un' affezione dapprima locale che si vince con la cauterizzazione, ma dopo 2 o 3 giorni di durata, essa si generalizza ed allora i mezzi della scienza non valgono più ad eliminarla. La sua costituzione anatomica è valevolissima a spiegare la successione di questi fenomeni; difatti quando i bacteridi sono distrutti negli strati epidermici della pelle, in cui non vi sono

---

tri popolati, nell' economia domestica. Una piccola cassa, della capacità di 20, 30, o 50 chil., secondo il bisogno, sia costrutta in legno, con doppia parete, e nell' intervallo si stipi una certa quantità di piuma. La cassa potrà essere riempita di ghiaccio, e vi si conserverà assai a lungo. S' abbia cura, che il coperchio abbia uno sportellino, anch' esso a doppia parete e imballata di piume, per mezzo del quale, senza aprire tutta la cassa, si possa ogni volta estrarre la quantità di ghiaccio che si vuol usare; come pure che nel fondo della cassa si trovino un foro o due di scolo dell' acqua di fusione del ghiaccio, e si avrà un recipiente assai opportuno a conservare il ghiaccio nell' estate, e col quale non occorrerà di rinnovare la provvisione che ad intervalli.

vasi, essi non possono propagarsi ulteriormente; ma invece se si lasciano sviluppare incontrano gli strati superficiali del derma che abbondano di vasi linfatici e sanguigni e circolando con essi infestano il resto dell'economia.

Un uomo di 23 anni avvertitosi al 3 Giugno dell'esistenza di un piccolo bottone pruriginoso sul lato sinistro del collo, nel giorno seguente andò a vedere il prof. *Grisolle*. La pustola era circondata di un gonfiore edematoso che si prolungava fino alla parte superiore del torace quasi vicino alla mammella. Essa formava un rilievo elittico di 11/2 a due centimetri di diametro, di un rosso rosa avente nel centro una specie di escara nerastra rotonda circoscritta da un cerchio pustoloso, al di fuori del quale vi erano delle vescichette isolate. Pei quali caratteri conosciuta la pustola maligna nella stessa sera si cauterizzò col sublimato corrosivo.

Nel giorno 5 la febbre fu energica, il gonfiore enorme fino al disotto della mammella; si cauterizzò col ferro rovente e si circoscrisse la parte morbosa con un cerchio di cauterizzazione.

Nel giorno 6 i sintomi si aggravarono anche di più, e dopo, apparsa una placca gangrenosa avanti lo sterno, l'ammalato morì.

Fatta l'autopsia nel giorno 8 il cadavere era rigido, non putrefatto e presentava un edema del tessuto cellulare sottocutaneo del torace che si prolungava fino ai punti congestivi ed apoplettici del polmone sinistro; si osservò un ingorgo sanguigno al fegato, la milza era aumentata di volume e rammollita; il sangue nero, liquido e fluente nel cuore e nei grossi vasi; l'assenza della gangrena generale. La cauterizzazione della pustola aveva penetrato tutta la spessezza della pelle.

Esaminato il sangue del cuore al microscopio presentava un gran numero di bacteridi.

Una goccia di sangue inoculata per 4 punture in un *coniglio* molto vigoroso, l'animale dopo due giorni morì ed il suo sangue era ricchissimo in *bacteridi*.

Nelle contrade dove regna la pustola maligna, i medici restano talvolta indecisi sulla natura del tumore che osservano: dove poi la malattia è rara, ordinariamente o non si riconosce ovvero si riconosce troppo tardi.

Queste nuove conoscenze e la ricerca dei bacteridi con l'aiuto della potassa fanno sperare di diagnosticare il male quando comincia. *(La Medicina 12 Giugno 1865.)*

VARIETÀ

Norme igieniche e progetto di Regolamento Medico-Politico risguardanti il trattamento ai moribondi ed ai morti, la verificazione dei decessi, le camere mortuali ed i cimiteri, conformemente alla lagge 20 Marzo 1865, e per uso dei municipi, dei medici e degl' ingegneri comunali e dei medici condotti del Regno d' Italia — Opera del prof. Luigi Chierici.

Tra l' altre prove di quanto stia a cuore al Potere Legislativo ed al Governo italiano il progresso civile della risorta Patria nostra, una ce n' è stata offerta ancora di questi di, ed è la Legge 20 Marzo 1865. sulla Sanità Pubblica, approvata con R. Decreto dell' 8 Giugno decorso.

Questa provida legge tradotta in analogo regolamento, pubblicato il 10 Giugno medesimo, riempie una grande lacuna per tanto tempo lamentata; ed oggi spetta alla saggezza de' vari Municipii del Regno mandar quella legge ad esecuzione per raggiungerne gli scopi umanitari e civili da cui essa venne inspirata.

Ma, nè la legge nè il regolamento bastano a questi fini, se non sieno norme sicure per satisfare a quella e per adattare questo ai bisogni de' vari paesi e delle rispettive popolazioni, e per far sì, che la legge medesima venga non sinistramente interpretata sì, bene accolta con quel favore, che è attendibile da un popolo, il quale valga a presentire i buoni risultamenti di una innovazione siccome questa, tra le più giuste ed umanitarie, veramente civilizzatrice.

E chi altri se non l' Igiene potrebbe suggerire norme siffatte?

Per vero, non mi sarei cimentato a tracciarle, se non fossesi offerta la circostanza di essere invitato da quest' onorevole Giunta Municipale a far parte di una commissione *ad hoc* pel progetto di regolamenti analoghi alla Legge preaccennata; e se i chiarissimi Colleghi di Commissione, per singolare deferenza, non mi avessero lasciato incarico della redazione dei regolamenti suddetti. In seguito di ciò, ho concepito l' idea di una specie di *Codice* (1) *Igienico* alla bisogna relativo, e dal quale i vari Municipii del Regno e specialmente gli Uffici di Stato Civile, i Medici e gl' Ingegneri comu-

(1) Mi si permetta il titolo convenzionale.

nali e questi siccome costruttori, e quelli od i Medici Condotti quali amministratori in questo ramo peculiare igienico-pubblico, possan ritrarre le norme sicure e le istruzioni idonee alle locali materiali e morali esigenze in tutto quanto debba concernere il ramo mortuale ne' singoli dettagli suoi.

Non è poi ch'io non m'accorga del peso che importa compito si grave, onde non mi consigliassi meglio di non assumerlo; ma egli è che io confido in un po' di studì speciali già fatti, e nel buon volere che ognora mi anima per tutto che possa tornar utile alla mia patria ed al mio simile.

Confortato da cotale proposito prendo lena, e m'accingo all'opera; fidente non riuscirà del tutto indegna del buon viso del pubblico e dell'accoglienza gentile del Governo, dei Comuni del Regno e di quant'altri cui venni dedicandola.

Confidando inoltre nella probità e nella giustizia dell'onorevole signor Ministro dell'Interno, avrei diritto a sperare ch'Egli incorraggerà quest'umile mia fatica raccomandandola all'appoggio dei Municipii dello Stato, siccome usasi fare in tant'altre contingenze consimili, e qualora un'opera miri al bene generale ed al pubblico decoro.

Sarebbe mio precipuo intendimento quello di valermi di tutti i mgliori dati pratici che concorressero a scongiurare i difetti più gravi e gli errori che pur si osservano in que' paesi civili, ne' quali, gia da anni, sono in vigore consimili leggi; e così informar queste, l'attuamento loro e le usanze conseguenti a maggiore giustizia, a vantaggi più reali, a più efficaci previdenze. Se non che, saprò percorrere l'ardua via che a cotal meta conduce? L'equa risposta è difficile; sicchè mi contento di dire: *mi proverò.*

Egli è certo che un lavoro unito e complessivo di tal genere, siccom'io tento di fare, manca tuttavia, siccome mancava all'Italia unita la legge precitata.

Io propongo ai Comuni del Regno, agli Ingegneri ed ai Medici municipali o condotti, l'acquisto di quest'umile lavoruccio, avendo speranza che non tornerà del tutto improprio ed inutile al bisogno in cui i Comuni si troveranno per dare completa esecuzione a questa parte che li riguarda della Legge, e dentro l'anno 1866. Se otterrò incoraggiamento ed appoggio, ben con Dio! altrimenti non mi avverrà cosa che non mi fossi aspettata e fors'anco meritata.

Bologna. ultimi di Agosto del 1865.

Via Letuate N, $\frac{2034}{2035}$

LUIGI CHIERICI.

N. B. Si prega dell'immediato riscontro, affinchè l'Autore possa regolarsi a far tirare il Numero approssimativamente necessario di copie dell'opera

suddetta, già in composizione tipografica, e che quanto prima uscir deve dai torchi.

Coloro che intendessero semplificare la corrispondenza, potranno anche sin d'ora dirigere all' Autore il loro Vaglia postale, potendo star sicuri che l'Opera gli sarà trasmessa puntualmente. Eglino con ciò risparmieranno all' autore una contabilità complicata e fastidiosa.

I signori Prefetti, Vice-Prefetti e Sindaci potrebbero avere la gentilezza d'informare della cosa i Comuni dipendenti, ed i più grandi di questi Comuni i più piccoli?

Si prega la cortesia delle onorevoli Direzioni dei Giornali scientifici, politici e letterari ecc., a volere riprodurre la circolare suespressa, o ad annunziare per altro modo siffatta pubblicazione. Ciò facendo e dirigendo all'Autore copia del numero di Giornale che porterà l'annunzio analogo, egli si terrà obbligato di spedire in omaggio alla Direzione di quel Giornale il libro predetto.

I Libraj che volessero acquistare di siffatte copie avranno il ribasso d'uso.

L'Autore prende argomento da questa occasione per avvisare che sta combinandosi coi Tipografi del suo Trattato di Medicina Civile e Igiene Sociale per riprenderne alacremente a finirne la pubblicazione, frattanto che continui e si decida la causa ch'esso fa giustamente contro l'Editore.

Il Libro costa L. 3.

PROGRAMMA GENERALE DELL' OPERA

Dedica.

Prefazione. Motivazione dell' opera.

Dissertazione sintetica ed analitica sull' argomento.

Capitolo IV del Regolamento ministeriale sulla Legge di Sanità Pubblica.

SEZIONE I.

Dei moribondi, dei morti, e dei cadaveri (1).

TITOLO I.

Trattamento ai moribondi.

TITOLO II.

Differenza tra morto e cadavere: definizione di ciò che sia l' uno e l' altro.

TITOLO III.

Primo Trattamento ai morti.

TITOLO IV.

Verificazione dei decessi.

Capo I. Dello Stato civile in rapporto colla verificazione dei decessi.

Capo II. Delle denunzie di morte.

Capo III. Dei monatti ossia becchini e dei feretri.

Capo IV. Dei verificatori e della verificazione speciale dei decessi.

(1) Non si meravigli della distinzione, perchè a suo tempo si troverà giusto di chiamar cadavere l'uomo estinto, ma allora soltanto che dia segno di putrefazione.

Capo V. Trattamento del morto o del cadavere dopo la verificazione del decesso.

Capo VI. Ancora dei monatti ossia becchini, e della introduzione del morto o del cadavere nel feretro, dopo la verificazione del decesso.

Capo VII Dei feretri.

TITOLO V.

Dei trasporti degli estinti.

Capo I. Dei trasporti pubblici e privati· modo conveniente e civile di attuarli.

Capo II. Dei trasporti dalla casa alla Chiesa, dalla Chiesa alle camere mortuali

SEZIONE II.

Delle camere mortuali.

TITOLO I.

Necessità ed utilità delle camere mortuali.

TITOLO II.

Varie specie di Camere mortuali di osservazione e di deposito; parrocchiali e comunali.

TITOLO III.

Situazione e costruzione delle varie specie di camere mortuali.

TITOLO IV.

Dei morti in osservazione nelle camere mortuali.

TITOLO V.

Dei cadaveri in deposito nelle camere mortuali.

TITOLO VI.

Del personale assistente alle camere mortuali.

TITOLO VII.

Amministrazione igienica delle camere mortuali.

TITOLO VIII.

Camere mortuali economiche d'osservazione, sostituibili a quelle già descritte, e così dette *modello.*

TITOLO IX.

Trasporto dei cadaveri dalle camere mortuali al Cimitero.

SEZIONE III.

Dei Cimiteri.

TITOLO I.

Ubicazione topografico-astronomica e condizioni territoriali dei cimiteri.

TITOLO II.

Costruzione generale dei cimiteri.

TITOLO III.

Costruzioni particolari dei cimiteri relativamente a fosse, a tumuli, ad arche sepolcrali.

TITOLO IV.

Del personale a servizio dei cimiteri e di quello ivi abitante.

TITOLO V.

Delle inumazioni.

TITOLO VI.

Delle tumulazioni.

TITOLO VII.

Delle disinfezioni generali e parziali.

TITOLO VIII.

Delle esumazioni.

TITOLO IX.

Del mantenimento dei cimiteri.

TITOLO X.

Del rinnovamento delle fosse.

TITOLO XI.

Del trasporto degli avanzi umani.

TITOLO XII.

Dei vegetali adatti ed utili ai cimiteri.

Associazione Medica Italiana, Commissione Esecutiva — Presidenza — Circolare ai Comitati e Soci dell' Associazione Medico Italiana.

Lo sviluppo che il colèra ha preso in Ancona, e la manifestazione di alcuni casi isolati in qualche altra città d'Italia, lasciano temere che il morbo si possa estendere, e che la classe medica sia chiamata a prestare straordinari servigi all' umanità sofferente.

Il personale sanitario non è equabilmente distribuito nel territorio del Regno, e potrebbe occorrere il caso che in qualche città o Comune, come pur troppo si verificò negli anni 1835, 1836, 1854 e 1855. mancasse o fosse insufficiente al bisogno.

A fine di prevenire in tempo questo pericolo che speriamo non si avveri, e di organizzare sin d'ora il pronto soccorso dell' arte per ogni evenienza, i sottoscritti, facendosi interpreti del voto dell' Associazione Medica Italiana, invitano le Presidenze dei Comitati delle diverse provincie del Regno a concorrere sollecitamente alla formazione di una *Colonna mobile di Medici per la cura del cholera*, i quali da tutte le parti del regno si dichiarino pronti ad accorrere alla prima chiamata là dove sarà necessario il loro aiuto.

L' esperienza ha dimostrato che alle chiamate di questo genere, anche senza preventiva organizzazione, i medici italiani corrisposero sempre; ma essa ha dimostrato altresì che il soccorso, per le inevitabili lungaggini delle pratiche d'ufficio, e per la mancanza di centri a cui rivolgersi con certezza anche per semplice richiesta telegrafica, giunse spesse volte in ritardo di qualche giorno.

Le presidenze dei comitati vorranno adunque, appena ricevuta la presente, comunicarla a tutti i soci dei medesimi, e ricevere le iscrizioni di quei medici, anche non appartenenti all' Associazione, che si disporranno a far parte della *Colonna mobile* per recarsi a un bisogno in altri Comuni della provincia, dove alla Presidenza del comitato o della Commissione Esecutiva, cui avranno dato il loro nome, parrà necessario inviarli, sempre dopo richiesta pervenuta da autorità governative, provinciali o comunali.

Ogni Presidenza di Comitato vorrà dar notizia delle iscrizioni alla Prefettura locale, e tenersi in continua intelligenza con questa. Prima di ordinare un invio essa avrà cura eziandio di avvertire telegraficamente il Vice-presidente residente in Firenze della Commissione Esecutiva, a fine di evitare i doppi invii.

La *Colonna mobile* s' intende costituita di tutti i medici che si saranno fatti iscrivere in tutti i Comitati attualmente costituiti dell' Associazione Medica Italiana.

Al Vice-presidente della Commissione Esecutiva residente in Firenze, vorrà ciascun Comitato trasmettere il più sollecitamente che sia possibile l'elenco nominativo de' medici di mano in mano iscritti, coll'indicazione precisa della loro qualità e del loro domicilio.

I medici condotti, o applicati al servizio di pubblici stabilimenti non potranno essere iscritti, se non col consenso delle Amministrazioni da cui dipendono, e colla riserva d'immediato ritorno al loro posto alla prima chiamata delle Amministrazioni stesse.

Le presidenze dei Comitati, in caso di richiesta di medici fuori del Comune ove essi risiedono, procureranno di distribuirli in ragione della maggior vicinanza, seguendo, a distanza pari, il sistema dell'estrazione a sorte nel designarli a quell'ufficio d'onore. La Presidenza della Commissione Esecutiva conserverà l'elenco generale dei medici della *Colonna mobile*, e di quelli iscritti che fossero destinati alla partenza, fra i quali primeggiano i già partiti ad Ancona.

I medici non appartenenti all'Associazione potranno dirigere le loro dichiarazioni di voler appartenere alla *Colonna mobile* al più vicino Comitato dell'Associazione oppure ad uno dei sottoscritti.

Le Autorità cui occorse di fare richiesta di medici, quando nella loro provincia rispettiva esista un Comitato dell'Associazione, gioverà che si dirigano ad esso. Dove non esista un Comitato potranno dirigersi o al Comitato più vicino o ad uno dei sottoscritti i quali corrisponderanno tra loro telegraficamente per ogni evenienza.

Le spese della corrispondenza saranno dai Comitati addebitate alla Commissione Esecutiva.

I sottoscritti colgono quest' occasione per raccomandare alla Presidenza dei Comitati e ai singoli soci che vogliano studiare fin d'ora i provvedimenti che secondo le condizioni locali sarebbero da proporsi alle autorità in caso d'invasione del colèra.

La presente sarà pubblicata nei principali giornali, al che vorranno cooperare le Presidenze de' singoli Comitati, indirizzandone preghiera ai rispettivi giornali locali.

LA PRESIDENZA DELLA COMMISSIONE ESECUTIVA

Vice-Pres. *Dott. Pietro Castiglioni residente in Firenze.*
id. *Dott. Romolo Griffini* « *Milano.*
Segretario *Dott. Secondo Laura* « *Torino.*

MEMORIE ORIGINALI

Dei calcoli perineali, e del loro trattamento. Memoria del Prof. Comm. *Francesco Rizzoli.*

Parecchi anni or sono l'Illustre *Porta*, Professore di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Pavia, comunicò all' Istituto Lombardo di Scienze Lettere ed Arti (1) una sua pregievolissima Memoria sui calcoli saccati del Perineo, intorno ai quali prima di lui, sia per la poca loro frequenza, sia per non essersi offerte circostanze opportune onde farne regolari ispezioni anatomiche, non avevansi che cognizioni inesatte, in ispecial modo sulla loro provenienza, attitudine, e sui loro rapporti cogli organi urinari.

Essendosi pertanto offerte al *Porta* favorevoli occasioni per istudiare anche anatomicamente alcuni casi di simil genere, potè egli spandere molta luce su tale argomento, e porre sott' occhio i mezzi che riteneva più confacenti a liberarne gli infermi.

Il *Porta* adunque all' appoggio delle proprie osservazioni e

(1) Memorie del R. Istituto Lombardo di Scienze Lettere ed Arti Vol. IX 1862.

di quelle d'altri uomini eminenti, ammette che il calcolo perineale sia cistico, e la sua cisti formata dall'uretra ampliata. Per verità ciò che egli afferma è in contraddizione colla massima generalmente invalsa, secondo la quale il calcolo del perineo si fa successivamente ad una fistola, ed in grembo alla medesima, per lo stillicidio, e la deposizione dei sali dell'orina, e giace quindi fuori delle vie naturali. *Louis* dice il *Porta*, che ha scritto il primo una Memoria su questo argomento, la quale venne inserita l'anno 1757 negli atti dell'Accademia di Chirurgia di Parigi, ha dato corso a questa dottrina, e le sue idee sulla formazione del calcolo perineale, bene accolte dagli scrittori, hanno prevalso fino a noi. La Memoria presenta dieci casi, tolti da diversi autori, *Tolet*, *Ledran*, *Guigneau*, *Mollet*, *Morand*, *Piercau* e *Covillard*. Nei primi otto, la pietra del perineo e dello scroto, avea tenuto dietro alla cistotomia, dopo l'intervallo di uno fino a venticinque anni; negli altri due, la pietra si era formata senza precedenza di operazione: in uno per calcio allo scroto riportato sei anni prima, nell'altro spontaneamente in conseguenza d'iscuria, e fistole orinose. Dei dieci casi, in sette il calcolo era perineale, in due scrotale, in uno, pel gran volume, occupava il perineo e lo scroto; ed in sei poi è detto che vi era fistola sul tumore. Tanto poi *Louis* come gli autori da lui citati, mostrano di non avere alcuna idea della vera condizione patologica del calcolo perineale, e della presenza di una cistide che lo accolga, perchè non ci hanno prestato attenzione all'atto del taglio, nè hanno fatto alcuna indagine cadaverica, essendo tutti i loro infermi ed operati guariti. Sulla sede del calcolo, *Louis* ritiene che esso giaccia a nudo nel tessuto cellulare della regione ove si è primitivamente formato. A suo giudizio, dall'uretra aperta per taglio, screpolatura od ulcerazione, si fa un tenue sgocciolìo d'orina nella cellulosa del perineo, per mezzo del quale si depongono gli elementi chimici del calcolo. Nei casi di avvenuta cistotomia, sebbene l'ammalato sia stato apparen-

temente guarito per anni, senza offrire nel frattempo alcun sintomo di malattia locale, nessuna lesione nell'uscita della orina, nessun tumore o rigonfiamento del perineo sotto la medesima; l'autore vuole che la sua guarigione fosse illusoria: che l'uretra non siasi mai cicatrizzata dopo il taglio, e che sotto la cicatrice cutanea sia rimasta una fistola cieca esterna, entro la quale sordamente, o clandestinamente, e sempre fuori degli organi dell'orina, siasi ordito il calcolo. Il quale accidente della fistola egli lo ripeteva dal metodo dell'operazione, ossia dal grande apparecchio, e dall'abitudine d'incidere l'uretra molto all'avanti sul bulbo: donde avveniva, che restringendosi la ferita esterna, si aboliva il parallelismo colla ferita interna: la quale in conseguenza restava aperta verso l'angolo anteriore, ed è alla presenza di questa prima apertura dell'uretra membranosa in prossimità del bulbo, che *Louis* attribuisce lo sgocciolìo inavvertito dell'orina, e la tarda formazione del calcolo perineale.

Ma alla pubblicazione della Memoria del *Louis*, che fu dopo la metà del secolo passato, la maggior parte degli operatori aveano abbandonato il grande apparecchio, e facevano la cistotomia coll'apparecchio laterale, o lateralizzato, sul quale, come è noto, incidendo la parte prostatica dell'uretra insieme alla prostata ed all'orificio della vescica, il parallelismo delle due ferite, interna ed esterna, si mantiene sino al compimento della cicatrice: che anzi nella comune dei casi la cicatrice si compie prima nel fondo della ferita che non all'esterno, e l'ammalato emette tutte le urine per la via naturale, quando al perineo è ancora aperta una piccola fistola che si rimargina più tardi. Ad onta di ciò seguita a dire il *Porta*, l'osservazione dimostra che il calcolo perineale non si è fatto più raro al presente in seguito all'apparecchio laterale che non lo fosse in passato col grande apparecchio: e che tiene dietro anche alla odierna litotrizia senza soluzione di continuità delle pareti del canale. Il *Louis* però crede che ove

l'uretra non è stata precedentemente sdruscita dal taglio, una soluzione di continuità abbia pure avuto luogo nella medesima, per screpolatura in seguito a violenza, ovvero anche spontaneamente per ritenzione d'orina, ed ulcerazione delle pareti, cosicchè l'apertura spontanea o provocata dell'uretra, e l'infiltramento orinoso nel tessuto cellulare del perineo e dello scroto non mancano mai, essendo condizione, *sine qua non*, per la formazione del calcolo in discorso. Siccome poi l'infiltramento orinoso porta reazione viva e gangrena, l'autore avverte ciò verificarsi appena nelle effusioni larghe, e rapide, e non nelle tenui, e lente, in cui per la piccolezza dell'apertura non escono dal canale che alcune goccie d'orina ad ogni emissione, come appunto è il caso nel calcolo estra-orinario del perineo.

Niuno, aggiugne il *Porta*, saprebbe rivocare in dubbio, che essendo l'uretra forata per una causa qualunque con delle fistole al perineo, ed allo scroto, sotto lo stillicidio giornaliero dell'orina si possano primitivamente formare dei calcoli entro le medesime. Però le fistole orinose dell'uretra sono assai frequenti: io ne ho visto egli scrive molte di tutte le maniere semplici e composte, dirette e tortuose, nelle quali lo scroto ne era cribrato, e sotto l'emissione colava orina come da un inaffiatojo, e non ho mai visto formarsi calcoli entro queste fistole. Se la teoria di *Louis* fosse vera, in tanta frequenza della malattia noi dovremmo incontrare sovente una tale combinazione. Ma al momento dell'emissione, le orine scorrono i canali delle fistole senza arrestarsi, e come nel canale dell'uretra, se non avvi ostacolo o ritenzione non si formano primitivamente, così non si fanno concrezioni nei condotti fistolosi.

Ed il *Porta* per avvalorare sempre più la sua opinione si appoggia alla grave autorità del *Desault* il quale avendo al certo una grande esperienza delle malattie delle vie orinarie, parlando delle fistole orinose del perineo, ne descrive tutti i casi e le complicazioni senza far cenno del calcolo; circostanza che non gli sarebbe sfuggita, se occorresse di spesso nella pratica.

La serie pertanto delle osservazioni riferite dal *Porta* nella sua Memoria, le operazioni da esso lui fatte sui pazienti, e le sue indagini anatomiche, dimostrano secondo lui con tale evidenza l' errore di *Louis* che si crede dispensato dall' obbligo di confutarlo.

Ma sebbene la dottrina del *Louis* fosse accolta con favore dagli scrittori di chirurgia, è però acconcio il ricordare che nei passati tempi il *Monteggia* non se ne mostrò del tutto persuaso, per cui nel paragrafo 389 del settimo volume delle sue Istituzioni chirurgiche, nello annunziare che fa quella dottrina, mentre non la rigetta, pur tuttavia avvisa che le pietre fuori dell' uretra, o *furono un tempo entro il canale, dove fermandosi lungamente* si fecero a poco a poco una nicchia, distendendo o forando da una parte e specialmente in basso il canale, fino ad essere o *sembrare* fuori dell' uretra.

D' altronde è d' uopo pur dire che mentre il *Porta*, appoggiandosi alle indagini da esso lui fatte, dà il maggiore valore alla sua opinione, nondimeno dichiara che il tema non è per anco esaurito abbisognando nuove osservazioni ed ulteriori ricerche per mettere in chiaro se realmente tutti i calcoli perineali sono saccati, se la disposizione anatomica della cisti che li circonda, presentisi sempre tale quale egli l' ha dimostrata, costituita cioè: di un sacco semplice formato dall' uretra con una sola cavità interna sull' asse del canale; o se indubitatamente vi abbiano ancora dei calcoli del perineo i quali siansi formati fuori dell' uretra, o giacciano a nudo sui tessuti limitrofi.

Tale è l' importanza di queste cognizioni per stabilire nel modo più ragionevole i mezzi maggiormente acconci a curare gli infermi che soffrono per questi calcoli, che io mi sono indotto ad esporre ciò che da me e da altri chirurghi della scuola bolognese è stato osservato intorno i medesimi. E per primo narrerò un fatto che appoggia l' opinione del *Porta* e cioè che, il calcolo perineale trovasi nascosto in una cisti

costituita dall' uretra allargata e convertita in una specie di cisti.

Eutimio Gentili, nativo di Fusignano, giunto che fu all' età di cinque anni, essendo tormentato da un calcolo vescicale, venne operato col mio processo di litotomia mediana dal valente dott. *Busi* chirurgo primario a Bagnacavallo. Il calcolo aveva la forma ed il volume di una giuggiola; fu estratto intiero, ed il fanciullo in meno di trenta giornate si trovò perfettamente guarito. Per 15, o 16 mesi non ebbe più a patire dolore ed incomodo alcuno nello emettere le urine, ma in quel torno ricominciarono le sue sofferenze che tollerò a lungo pazientemente. Constatatasi però la presenza di un nuovo calcolo, dopo tre anni dalla prima operazione fu nuovamente sottoposto al taglio, ma il chirurgo che allora l' operò, non so per quale motivo, antepose al mediano il taglio entero-uretro-cistico che come ben si sa è comunemente detto retto-vescicale, col quale portò fuori dalla vescica un calcolo più grosso del primo che nello estrarlo si ruppe in più pezzi. Non susseguirono all' operazione fenomeni temibili, soltanto notossi lo schifoso passaggio di materie fecali liquide dal retto intestino nell' uretra incisa, nell' atto di evacuarle, che in lui rimase per essersi formata una fistola uretro-rettale. Passati alcuni altri mesi si affacciò all' apertura fistolosa un nuovo calcolo che si ruppe nell' estrarlo colla pinzetta, e dopo breve tempo tornarono in iscena penose molestie nello emettere le urine, e poi apparve una piccola tumidezza alla regione perineale che andò man mano crescendo, cui associaronsi continui tormentosi dolori in questa stessa località. Ma mentre per tanto patire l' infermo fu ridotto in uno stato estremo di consunzione, si vide cessare affatto il passaggio delle materie fecali dall' intestino nell' uretra fistolosa, gemendo soltanto dalla fistola quasi di continuo involontariamente a stille le urine.

Condotto questo ragazzo, che aveva già compiti i 13 anni, a Bologna, per sottoporlo alla mia cura, ed esaminato avendo io la

località morbosa, trovai nel perineo una tumidezza, dolorosissima al tatto, del volume di un ovo di gallina, di consistenza lapidea, la di cui estremità acuminata giugneva fino verso l'angolo del pube, l'altra più grossa e tondeggiante sentivasi col dito addossata sulla parete anteriore ed inferiore del retto intestino, occupava la prostata che era notabilmente assottigliata e penetrava fino in vescica. Alla distanza di un centimetro e mezzo dal margine dell'ano, nella parete anteriore del retto intestino, sentivasi un'apertura della grandezza di un centesimo di lira Italiana la quale apertura era costituita dalla rimasta fistola, entro cui insinuando l'estremità dell'indice rendevasi manifestamente palese una concrezione calcolosa. Introdotta una sciringa d'argento nell'uretra, appena giungevasi in prossimità dell'angolo del pube udivasi percuotendo il suono proprio d'un calcolo, e così rendevasi facile lo stabilire che fino a quella regione estendevasi il calcolo stesso.

Riconosciuta la necessità di estrarlo, onde tentare di salvare la vita all'infermo, che come dissi era ridotto nella più deplorabile condizione, dopo averlo in antecedenza debitamente preparato, la mattina del 21 Maggio prossimo scorso 1865 l'operai nella maniera seguente, assistito essendo dai valentissimi Colleghi dott. *Federico Romei*, dott. *Ferdinando Verardini* e dott. *Ruggeri* Chirurgo Primario in Ancona.

Postolo su di una tavola in quell'atteggiamento che suolsi preferire nella cistotomia, feci una incisione nel perineo lungo il rafe, che cominciava dalla sommità del tumore, ossia in vicinanza della base dello scroto, e si estendeva verso il contorno dell'ano. Non volli prolungarlo fino alla fistola per evitare che questa apertura, sbarazzata che fosse dal calcolo che la chiudeva e resa più ampia, emettesse le feci sciolte in maggior copia di prima e tale, da renderne tanto più difficile la chiusura od il rimpiccolimento, che invece si sarebbe potuto maggiormente sperare in virtù del facile e spedito passaggio che le orine avrebbero trovato nel taglio perineale stesso.

Incisi pertanto i tessuti perineali, venne messa a nudo la cisti formata dall'uretra membranosa e questa cisti fu incisa ampiamente, nel qual modo apparve il calcolo allo scoperto.

Allora siccome aveva cominciato il taglio perineale di contro l'angolo pubiano ove giugneva la porzione più acuminata del calcolo, e lo aveva estesamente prolungato in basso, incidendo il tratto di uretra convertito in cisti, così introdotto l'indice ed il medio della mia mano destra entro il retto intestino potei colle medesime dita abbracciare l'estremità tondeggiante ed ivi sporgente del calcolo, in modo da obbligarne l'estremo acuminato opposto a presentarsi ed a fare sporgenza fra i labbri della ferita. Ma sebbene di tal guisa buona porzione di calcolo venisse spinta fuori, pur tuttavia atteso il suo grosso volume non essendomi riescito coll'aiuto delle dita dell'altra mano di snuclearlo del tutto, fu giuoco forza, essendo la porzione superstite fortemente stretta dalla cisti, il ricorrere onde estrarlo a robuste tanaglie da pietra articolate a forcipe, simili a quelle che descrissi nella mia Memoria sulla litotimia mediana (1). Avendone quindi separatamente e profondamente insinuate le due branche fra il calcolo e la cisti uretrale che lo racchiudeva, me ne riescì facile la presa e l'estrazione ed evitai così quelle pericolose e fatali successioni che altri ebbero a lamentare forse perchè usarono di istrumenti men propri.

Portata fuori questa grossa pietra mi accorsi che se ne era rotto un pezzo nell'estremo che sporgeva in vescica, ed allora introdotto subito il dito indice nella cisti, e spintolo liberamente innanzi, trovai l'apertura vescicale ampia in modo da potervi penetrare facilmente col dito stesso, e col medesimo giunto in vescica e sentito quel grosso frammento lo afferrai ed estrassi con delle pinzette da polipo. Allora esaminata diligentemente col dito la cisti contenente il calcolo, potei senza dubbio alcuno confermarmi che era intieramente costituita dall'uretra

---

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1851.

membranosa, e prostatica ampiamente allargata e che la cavità da essa formata, anteriormente continuavasi col canale dell' uretra, posteriormente coll' orificio della vescica che mantenevasi allargato. La prostata mostrossi poi realmente così assottigliata da non poterla riconoscere con facilità che colla contemporanea esplorazione fatta tanto entro l'uretra quanto entro il retto intestino, e così si potè ancora con tutta sicurezza affermare, che quel calcolo rimaneva innichiato nel tratto di uretra che è compreso fra il bulbo e l'apertura vescicale al di là della quale una porzione di esso sporgeva.

Il calcolo da me estratto aveva una figura un poco arcuata a convessità posteriore, era lungo otto centimetri, la sua circonferenza maggiore, misurata nel diametro trasversale e precisamente ove era più grosso, era di dieci centimetri, e pesava cinquanta grammi. Interessandomi poi moltissimo di conoscere gli elementi di cui si componeva questo calcolo, pregai il Ch. Prof. Cav. *Gaetano Sgarzi* a favorirmene l'analisi chimica, ed ecco la gentilissima lettera di risposta che si compiacque inviarmi, la quale qui trascrivo.

Chiarissimo Collega

Il Calcolo perineale da voi estratto, e che è di notabile grandezza, nel frammento che ne ho avuto si mostra di color variegato di bianco, giallognolo, grigio, rossigno, bruno, e quale un aggregato di corpiccioli, che sembrano l'uno dall'altro staccati. Vi ha della differenza nella massa, sicchè sonovi punti più stipati e serrati, intersecati da altri che sembrano porosi, senza però nessun legame fra essi. Anzi vi si osservano come delle isolette, quando affatto bianche, quando del tutto grigie, quando distintamente brune; le bianche sono cristallizzate, ed alla foggia di stalattiti e geodi; le altre granulose, e non egualmente agglomerate; tutti più o meno facili a staccarsi, e dividersi siccome la massa intera. Egli è piuttosto leggero questo pezzo di calcolo, e non tramanda odore di sorta.

Riscaldato sopra una lamina di platino annerisce, si gonfia, tramanda l'odore di corno bruciato, non s'infiamma, non dà segno di fondersi, non diminuisce che poco di volume, ed il color rosso si fà splendente rimanendo di un color bianco grigiastro. Cosicchè tostamente dimostra che contiene delle sostanze organiche, e delle materie minerali; che molto più ve ne sono di queste, che di quelle; che le prime non sono di natura grassa, nè fibrinosa, mentre le seconde si palesano per urati, fosfati, carbonati.

Sopra la stessa lamina trattata coll'acido nitrico fà effervescenza, si discioglie, e riscaldata a secco la soluzione, nell'esplorarla coll'ammoniaca dà qualche indizio di arrossamento; ma piuttosto ingiallisce nella massima parte. Dal che le traccie d'acido urico, e di urati; a distinguere i quali, trattata porzione di calcolo colla potassa, avendo avuto sviluppo d'ammoniaca, e perchè in sulle prime il calcolo erasi dimostrato affatto infusibile, egli è a riconoscervi l'urato d'ammoniaca e l'urato di calce. In quanto poi al coloramento in giallo è a dirsi con tutta probabilità portato dalla xantina; tanto più che il residuo stesso della evaporazione della soluzione nitrica si dimostra insolubile nel carbonato di potassa.

Nel riscaldamento forte su questa stessa lamina di platino, e più nella calcinazione d'altra porzione di calcolo, oltre l'odore notato di sostanza animale che brucia, si manifesta dello svolgimento d'ammoniaca; il residuo è solubile nell'acido cloridrico; tale soluzione saggiata col percloruro di ferro, indi coll'ammoniaca a saturazione, non presenta intorbidamento, il quale però apparisce mediante un'eccesso d'acido acetico, che finisce per formarvi un deposito giallastro; tutto ciò indica l'esistenza di fosfati. E siccome l'ossalato d'ammoniaca versato dippoi nella stessa soluzione, dopo avervi tolto il detto deposito, somministra gl'indizi della calce; ed il fosfato di soda, dopo tolto pure l'ossalato di calce, dà il segnale della magnesia mediante un nuovo deposito; così è dimostrato che questi fosfati sono d'ammoniaca, di calce, ed ammoniaco-magnesiaco.

La notabile effervescenza che questo calcolo presenta al trattamento cogli acidi nitrico ed idroclorico prima ancora della calcinazione; il precipitato bianco, che nella soluzione vi apporta l'ammoniaca, dopo di averla neutralizzata; e massime il comportarsi di esso al cannello, e come fu sopra accennato nella lamina di platino, non lasciano dubbia l'esistenza di carbonato di calce. A tal che in riassunto dell'esame analitico praticato e descritto, la composizione del calcolo è la seguente —

Acido Urico
Urato d'ammoniaca
» di Calce
Xantina
Fosfato d'ammoniaca
» di Calce
» Ammoniaco-Magnesiaco
Carbonato di Calce

Dopo di che grato alla confidenza che mi avete dimostrata, in attenzione di nuovi incontri simili, per me fortunatissimi, con tutta la compiacenza, e la stima mi pregio confermarmi.

Di Lei Chiariss. Collega.

Li 16 Agosto 1865.

Aff.mo, ed Obbl.mo.
Gaetano Sgarzi.

Ora dirò che compita l'operazione nessun particolare fenomeno ebbe di poi a notarsi, se si eccettui (non essendo più la fistola rettale chiusa dal calcolo) il passaggio di feci sciolte dall'apertura fistolosa entro l'uretra, e da questa pel taglio perineale, e così pure la emissione delle urine e per questo e per la fistola. Man mano però che il taglio restringevasi, rimpiccoliva pure la fistola rettale, quindi scemava la copia delle feci che penetravano nell' uretra, che fi-

nirono per non passarvi di sorta alcuna; e così pure man mano che le urine andavano prendendo il corso naturale non scaturivano più dalla fistola, della quale si sarebbe detto non si trovava più traccia. Per questo sul finire di Giugno l'infermo fu mandato al proprio paese trovandosi allora ben nutrito, ed in forze, ridotto essendo delle dimensioni naturali l'esteso tratto di uretra che aveva contenuto il calcolo, e prossima la completa cicatrizzazione della perineale ferita.

Ma mentre la esposta osservazione appoggia la opinione del *Porta*, e cioè che i calcoli perineali rimangono rinchiusi in una cisti formata a spese dell'uretra, conviene per altro che io dichiari, che ciò non può dirsi sempre costante giacchè come io ho veduto i calcoli perineali, come arguiva il *Louis*, si possono formare o trovare fuori dell'uretra istessa, e presentarsi anche a nudo ne' tessuti ad essa adiacenti.

Ricordo un uomo in avanzata età il quale trovavasi in condizioni molto temibili per fistole urinose multiple al perineo, ed allo scroto, ricordo che in quest'uomo dei calcoletti renali del volume di semi di miglio in numero ben notevole, discesi che erano in vescica, nello emettere le urine si insinuavano in uno dei tramiti fistolosi, ove qualche volta, se non erano estratti, soggiornavano alcuni giorni finchè spinti innanzi dalle urine ne erano per lo più cacciati fuori, ma oltre a ciò ricordo due altri fatti i quali provano manifestamente che calcoli urinari possono svilupparsi nel perineo fuori dell'uretra senza essere nascosti in cisti di sorta, mantenendosi invece nudi e ricoperti soltanto dai tessuti in suppurazione. Credo quindi bene lo esporli.

Il Sig. Carmi, giovane ottimamente costituito fu soggetto, più volte a gravi uretriti che cagionarono un restringimento organico in prossimità del bulbo uretrale, il quale non debitamente curato per vari anni, finì col dar luogo alla formazione di fistole urinarie allo scroto, al perineo, alle coscie, all'addome. Dopo parecchi anni di patimenti, si sottopose alla mia cura e

mediante la graduale dilatazione dell'uretra ottenni di guarirlo quasi compiutamente, giacchè mentre si ebbe la facile e spedita emissione delle urine dall'uretra, si cicatrizzarono le fistole eccettuatane una la quale sotto la forma di angustissimo pertugio si apriva in vicinanza della tuberosità ischiatica destra.

Partito da Bologna vi ritornò dopo due anni ed in condizioni molto spiacevoli, giacchè avendo omessa, come eragli stato consigliato, la giornaliera e temporaria introduzione della candeletta nell'uretra, si era per questo rinnovato l'organico restringimento il quale era anzi giunto a tal punto da indurre la formazione di altre fistole, dalle quali soltanto e non più dall'uretra esciva l'urina. Non essendo stato possibile di penetrare in allora per la via dell'uretra in vescica ebbi ricorso all'uretrotomia esterna colla quale diviso avendo l'ostacolo, indi col successivo uso delle sciringhe elastiche, si ristabilì completamente l'ampiezza del canale uretrale e guarirono le fistole, meno quella che, come dissi, anche colla cura antecedente era rimasta aperta in prossimità della tuberosità ischiatica destra. Tentatane infruttuosamente la chiusura mediante i caustici, mi decisi di aprirla, ma il suo tramite essendo tortuoso la divisi soltanto per la lunghezza di due centimetri circa, ed allora insinuata nella ferita l'estremità del mio dito indice onde esplorarla e ricercare il restante tramite fistoloso, mi fu dato sentire entro una piccola tana in mezzo a delle fungosità e verso la tuberosità ischiatica un calcolo che estrassi e che mostrossi grosso come un faggiolo. Specillata quella tana non mi riescì di trovare il restante tramite fistoloso, ed introdotta una sciringa nell'uretra mi confermai che quella tana stessa era lontana alcuni centimetri dall'uretra. Continuato avendo in appresso a passare la candeletta lungo l'uretra, quella fistola che non mandava se non piccole stille di urina, e che per certo non avea potuto chiudersi in causa della presenza del calcolo in essa soffermato ed ingrandito, in pochi giorni cicatrizzò, ed ora, sebbene siano pas-

sati non pochi anni, l'operato perfettamente ristabilito, trovasi in uno stato di salute veramente fiorente, e non ha sofferto più alcun incomodo o male nell'apparato genito-urinario.

Nel giorno 17 Marzo dell'anno 1863 venne accolto in Clinica Chirurgica, Gardelli Luigi di Forlì dell'età di 27 anni, Cantoniere, nel quale, pure in seguito di un organico restringimento dell'uretra a poca distanza del bulbo uretrale, eransi similmente formate delle fistole urinose allo scroto, al perineo, alle coscie, alle natiche. Per molti anni avendole trascurate, dal meato urinario non escirono più le urine, ma, come da un inaffiatoio, sgorgavano dalle fistole. Vari chirurghi avendo tentato inutilmente di guarirlo, e non essendo riesciti di ristabilire coi mezzi ordinari il corso delle urine per le vie naturali, mi decisi anche in questo uomo pella botoniera, e così inciso l'ostacolo, mediante la permanente introduzione delle sciringhe elastiche, ottenni che le urine ripresero il corso dell'uretra, e si chiusero le fistole, meno una in prossimità della tuberosità ischiatica destra. Più volte esplorata non potei precisare la direzione del tramite fistoloso; cauterizzata non mostrò mai tendenza a cicatrizzarsi. L'infermo era già deciso di ripatriare non dandogli la fistola molto incomodo e non emettendo dalla medesima se non se qualche volta delle goccioline d'urine, quando una mattina l'assistente di Clinica Sig. Dott. *Golinelli* si accorse, che dall'apertura esterna della fistola sporgeva un calcoletto che raccolse, e che favorì di conservare e di consegnarmi. Questo piccolo calcolo era un poco oblungo, e rassomigliava un piccolo seme di zucca. Dopo pochi giorni anche questa fistola si chiuse, e l'infermo nello stato il più soddisfacente abbandonò lo spedale.

Ma provato avendo con questi fatti che oltre i calcoli perineali saccati nell'uretra, se ne ponno nascondere altri nel perineo, in quella maniera che opinava il *Louis*, e cioè fuori dell'uretra, desidero ora di esporre varii altri modi coi quali per osservazioni spettanti sempre ai chirurghi della scuola bolognese si ponno trovare alcuni di quegli stessi calcoli pe-

rineali che sviluppansi od ingrandiscono entro l'uretra, lo studio dei quali può rendersi molto interessante pel particolare trattamento che può loro competere.

E per tenere un certo ordine esporrò dapprima un caso osservato dal prof. *Matteo Venturoli*.

Correndo l'anno 1837 venne accolto nello Spedale Maggiore e posto nella sezione di quel onorevolissimo Clinico, un giovane contadino il quale era stato operato nell'età di 11 anni da lui stesso di cistotomia perineale lateralizzata, e della quale era perfettamente guarito. Dopo due anni, in seguito a difficoltà nello emettere le urine, essendosi aperta la cicatrice perineale, si formò una fistola urinaria e si manifestò alla parte superiore dello scroto, dietro il testicolo destro, un tumoretto duro ed indolente che abbandonato a se nel corso di 13 anni giunse al volume di un ovo di gallina. Volendo liberarsi di questo male e desiderato avendo di sottoporsi nuovamente alla cura del lodato Professore, questi, dopo avere ampiamente inciso lo scroto sul tumore, trovò una cisti grossa e resistente, che pure incise, dopo di che potè estrarre dalla medesima un bel calcolo ovale, bianco, bilobato, con una solcatura nel mezzo che si innoltrava fino alla sede dell'uretra. Il dito introdotto entro la ferita penetrava in una cavità unica, circoscritta, di pareti liscie, dalla quale potevasi agevolmente penetrare nella vescica urinaria. Siccome poi dopo la operazione le urine continuarono ad escire esclusivamente dalla ferita a largo getto, così non solo per le fatte esplorazioni, ma bensì anche per questo sgorgo di urina dalla sola ferita si potè indubitatamente giudicare che la cisti era costituita dall'uretra. E diffatti, supposto che la cisti ne fosse stata indipendente, od avesse communicato soltanto mediante un piccolo spiraglio coll'uretra, allora le urine avrebbero continuato a percorrerla e ad escir dal meato urinario esterno della medesima, e tutto al più una piccola porzione soltanto di essa avrebbe presa la via della smagliatura uretrale. Per contrario le urine tardarono molto

a riprendere il corso naturale, e non si ottenne la cicatrice se non se quando quella insaccatura era scomparsa, ed allorchè l' uretra internamente esplorata si fece conoscere delle dimensioni normali. Questo caso di calcolo perineo-scrotale si rende prezioso perchè, sebbene in antecedenza se ne conoscessero altri, nessuno però si era dato la premura di fare quelle indagini che potevano rendersi acconcie a stabilire con tutta esattezza, se quei calcoli erano realmente contenuti in una cisti non già accidentale, ma formata a spese dell' uretra.

Qualche volta il calcolo perineale non fa prominenza nello scroto, come avvenne nel caso or ora descritto, ma invece preme e fa sporgenza sul retto intestino e ciò notasi quando il calcolo si sviluppa in ispecial modo nell' uretra prostatica.

Il Prof. *Baroni* fece alcuni studi su questi calcoli, ed in una Memoria, che venne letta alla nostra Accademia delle Scienze il giorno 17 Maggio 1838 (1) espose tre casi molto interessanti in cui i calcoli si erano sviluppati nella uretra anzidetta; parlò della loro estrazione, e mostrò i vantaggi che in questi casi potevano sperarsi specialmente colla incisione bilaterale della prostata. E di vero, fatte conoscere le difficoltà che ponno incontrarsi nell' atto operatorio, ed i danni che ne ponno susseguire tanto usando del taglio lateralizzato che preferì nel primo caso, quanto del retto vescicale che adottò nel secondo, potè stabilire che secondo lui il metodo seguito nell' ultimo, cioè la incisione bilaterale della prostata, era il migliore in somiglianti circostanze usando però alcune avvertenze, e modificazioni nell' eseguimento del processo operatorio che egli ritenne indispensabili al felice esito del medesimo.

---

(1) Rendiconto delle Sessioni dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1837-38, e Novi Commentarii Academiae Scientiarum Instituti Bononiensis Tom. VI. Bononiae 1843.

A quest' ultima operazione fu assoggettato un Signore di Viterbo, fra i 50 ed i 60 anni, e che fino dall' estate del 1833 pativa fortemente dei sintomi di pietra. La esplorazione più volte, ed in diverso modo tentata, aveva di già fatto certo l' operatore non solo della presenza della pietra, ma ancora della sua posizione immobile nella porzione d' uretra abbracciata dalla prostata, dalla quale estendevasi fino entro la vescica, per cui si poteva essere certi che notabile era il volume del calcolo.

Ecco come il *Baroni* descrive questa sua operazione. L' indomani del mio arrivo a Viterbo (1 Marzo 1837) dopo avere fatto praticare un clistere all' infermo, onde vuotare l' intestino retto, introdussi lo sciringone in vescica strisciando lungo la pietra. Fissato poscia in adattata posizione l' infermo stesso, avendo dato a tenere lo sciringone ad un assistente, feci una incisione che dal margine anteriore dell' ano, seguendo la linea del rafe si estendeva allo avanti per circa un pollice e mezzo: e con un secondo e un terzo tratto di bisturì, arrivai a scoprire l' uretra membranosa ove insinuai lo stesso strumento di lama stretta e convessa nel taglio. Indi afferrai lo sciringone colla mano sinistra, lo alzai contro il pube e ne inclinai il manico a destra a modo che la scannellatura volgesse a sinistra, e su questo spinsi il bisturi che tagliò nell' entrare la prostata obbliquamente da questo lato, ampliando il taglio nel ritirare lo strumento. Volto lo sciringone dalla parte opposta, ivi pure feci il taglio della prostata al modo stesso. Introdotto allora l' indice della mano sinistra lungo la pietra, mi servì questo a condurre con sicurezza uno dei rami della tanaglia, che poteva dall' altro dividersi essendo con questo articolato a guisa del forcipe di *Brüningausen*. Introdotto ugualmente colla scorta del dito l' altro ramo e congiunti insieme non fu difficile il ritenere fra le morse la pietra, e portarla fuori. Dalla ispezione della pietra che presentava una fossetta levigata, mentre in tutto il resto della sua superficie era scabra, vennemi il sospetto

che altra pietra esistesse, ciò che verificossi introducendo in vescica il dito, sul quale fatta scorrere una tanaglia ordinaria ed afferrato l'altro corpo fu estratto, e si vide essere una pietra più lunga e più stretta di quella che occupava la prostata.

L'infermo non ebbe a soffrire molto nel travaglio dell'operazione, e debitamente assistito in seguito dal suo medico e chirurgo, in breve si ristabilì interamente non rimanendo in lui incontinenza d'urina, come spessissimo accade dopo la estrazione della pietra fissata alla prostata, ancorchè sia di una dimensione minore di quella di cui qui si parla. Delle due pietre estratte quella esistente nell'uretra aveva la forma di un paralellepipedo, il diametro maggiore del quale, collocato trasversalmente, era dì 22 linee del piede parigino, il minore di quindici, la grossezza di 19 linee. L'altra pietra collocata in vescica, ed a contatto colla prima era di forma allungata, cosicchè il più lungo diametro misurava 28 linee, ed il medio 17; sì l'una che l'altra si mostrarono friabilissime.

Io non debbo per altro omettere di qui rammentare, che mentre non escludo il taglio interno bilaterale, o multiplo, quando si tratta di estrarre grosse pietre formatesi nella vescica urinaria o nascoste entro l'uretra prostatica, come feci conoscere, e notai nella mia Memoria sulla litotomia (1) nondimeno non poche volte quantunque abbia dovuto estrarre delle pietre voluminose ci sono riescito prevalendomi del semplice mio processo mediano, avvertendo però che atteso l'incuneamento della pietra, che quasi sempre in questi casi si osserva per estrarla, non ho tralasciato di prevalermi delle mie tanaglie articolate a guisa del forcipe (2) colle quali ho potuto agevolmente, e separatamente insinuare le branche ai lati del calcolo, afferrarlo, e con dolci movimenti semi-circolari praticarne la estrazione, la quale

---

(1) Vedi la mia Memoria sulla litotomia sopracitata.

(2) Memoria citata.

poi è riescita tanto più facile quando il calcolo si insinuava ancora nell' uretra membranosa, giacchè in allora quasi sempre l'orlo anteriore prostatico trovavasi così allargato, da non opporre forte ostacolo alla escita del calcolo stesso.

I calcoli prostatici da me estratti hanno presentata quasi tutti una figura alquanto arcuata ed erano un poco più sporgenti verso la parete posteriore dell' uretra. Alcuni avevano un solco anteriormente pel passaggio delle urine lungo l' uretra, ed uno di essi con un piccolo cornetto penetrava nell' uretra membranosa. Quando poi il calcolo occupava anche la vescica, in allora in un caso in cui la pietra non solo era innicchiata nella prostata, ma ben anco nel triangolo del *Lieutaud*, il solco che in esso notavasi e che serviva allo sgorgo delle urine, costituiva un semicanale piuttosto ampio, ma trovavasi nella faccia posteriore, e vedevasi questo di particolare e cioè che in corrispondenza dello sbocco dei due ureteri nella parete del calcolo trovavansi due canaletti profondi alcuni millimetri entro i quali pare che alcune goccioline di urina penetrassero man mano che dagli ureteri entravano in vescica. In un fanciullo invece trovai due calcoli accostati strettamente l'uno all'altro, il primo dei quali innicchiato entro la prostata, l' altro nascosto nel triangolo vescicale, e quest' ultimo calcolo presentava due cornetti che corrispondevano allo sbocco degli ureteri. E finalmente in un ragazzetto estrassi un calcolo in parte prostatico in parte vescicale, che ove era abbracciato dall' orifizio vescicale mostravasi così strozzato da rappresentare un zucchetfino bilobato di cui il lobo maggiore era nella vescica, il minore nell' uretra prostatica.

Oltre questi calcoli prostato-vescicali, che io conservo, ne ho veduti altri non meno interessanti dei quali mi riservo di parlare fra poco. Intanto farò conoscere che mentre i calcoli multipli uretrali o prostatici si sono trovati da vari chirurghi agglomerati insieme, in un infermo operato dal dott. *Romei*, in cui due se ne rinvennero, la sede dei medesimi era ben

diversa, e ciò richiese particolari avvertenze nell' atto operatorio.

Fu accolto nella Clinica Chirurgica di questa R. Università il 2 dello scorso Febbraio (1865) Minozzi Pietro, dell' età di circa 70 anni, per esservi curato d' iscuria vescicale. Quest' uomo ad onta della sua avvanzata età conservavasi abbastanza robusto, e riferiva che da oltre 20 anni era sofferente di gravi molestie nello emettere le urine, e che da tre giorni l' emissione delle medesime erasi affatto soppressa, niun mezzo chirurgico essendo valso ad ottenerla. Esplorato e palpato l' addome si riscontrava nella regione ipogastrica un enorme tumore costituito dalla vescica piena di urina; ed a tali patimenti era in preda l' infermo da richiedere pronti e validi provvedimenti. Ritentata la introduzione di un catetere metallico onde esplorare lo stato dell' uretra, ed evacuare se era possibile le molte urine raccolte in vescica, giunto il becco della sciringa un poco al di là del bulbo dell' uretra ivi si arrestava e faceva sentire tale suono da far credere alla presenza di un calcolo. Esplorato il perineo in corrispondenza a quella regione, pareva ivi vi fosse una piccola durezza, mentre più in basso sarebbesi detto esservi fluttuazione. Il dito poi introdotto nel retto intestino rendeva manifesto che il volume della prostata era aumentato, e facevasi sentire molto consistente. Pertanto il *Romei*, che in allora in Clinica mi rappresentava, si decise di eseguire la incisione del perineo onde scuoprire l' uretra in vicinanza al suo bulbo, togliere quel corpo che la chiudeva, e che pareva indubitatamente un calcolo, penetrare di poi con una sciringa, se fosse occorso, in vescica onde liberarla dalle urine in tanta copia in essa accumulate.

Posto quindi l' infermo su di un letto, come si pratica per l' operazione della pietra, un assistente manteneva fissa la sciringa contro il punto in cui corrispondeva il corpo estraneo, mentre il dott. *Romei* incise con un bisturino il perineo lungo il rafe. Dopo di che il dito indice della mano sinistra avendo sentita

la estremità della sciringa ove era ricoperta dall' uretra, penetrò in questa colla punta del bisturino e spingendone la punta istessa innanzi, mise allora allo scoperto il calcolo ed entrò nell' uretra membranosa la quale era distesa da urina che immediatamente sgorgò. Estratto quel calcolo, invitò l' infermo a far premiti onde si vuotasse la vescica, ma così non ne escì neppure una stilla, per cui portato subito il dito indice nella incisa ed allargata uretra membranosa onde conoscere quale ostacolo vi si opponeva, giunto alla prostata verificò che entro la medesima racchiudevasi un altro, e molto più grosso calcolo. Allora al fine di aprirsi una libera via per estrarnelo, con un bisturino bottonato introdotto a piatto fra il calcolo e l' uretra prostatica, incise obliquamente tanto a sinistra quanto a destra l' uretra e la prostata, ed in tal modo potè afferrare con robuste pinzette da pietra il calcolo stesso e portarlo fuori. Escirono immediatamente le urine in grande copia, e di poi la vescica del tutto vuotossi. Il trattamento successivo alla operazione fu l' ordinario, la piaga, come in questi casi suole accadere, stentò a rimarginarsi e per questo richiese l' uso ripetuto dei caustici. Dopo cinque mesi dall' eseguita operazione il dottor *Romei* riveduto avendo l' infermo potè constatare che i risultamenti dell'operazione erano perfetti.

Esaminati i due calcoli si notava che l' anteriore, il quale era il più piccolo, del volume cioè di un grosso seme di frumentone, era scannellato, e per quella scannellatura per lungo tempo ebber passaggio le urine; il secondo aveva la forma di un cuore, come la prostata, ed era della grossezza di una piccola noce. Ambedue mostravansi scabri in tutta la loro superficie, duri, di colore rossiccio, e costituiti per la massima parte di acido urico.

Al calcolo uretro-prostatico può associarsi il calcolo vescicale. Oltre il caso che io osservai nello scorso Maggio e di cui ne riferii superiormente la storia, ne descrissi pure un al-

tro interessantissimo nella mia prima Memoria sulla litotomia mediana (1).

Resi allora noto che un certo Angelo Famiglia fino dalla nascita cominciò a soffrire nella emissione delle urine. Presentatasi l'iscuria, dopo gravi tormenti, ebbe un poco di tregua perchè, formatasi una apertura retto-vescicale, per quella escirono le urine. Non molto dopo però tornarono ad infierire i di lui patimenti, e pur troppo non essendo stato soccorso mai in modo opportuno. di per se e senza aiuto espulse un grosso calcolo dal perineo ove erasi spontaneamente formata un'ampia apertura.

Sembrava quindi che i tormenti di questo disgraziato fossero per terminare, ma non fu così: i medesimi invece continuarono a mantenersi gagliardi. Fatti allora da me i convenienti esami potei notare che la spontanea ulcerazione formatasi nel retto intestino si manteneva aperta, e da essa gocciolavano continuamente le urine, e che quella la quale erasi pure spontaneamente formata al perineo, mostravasi longitudinale, incominciava verso la sommità dello scroto, e rasente il rafe si dirigeva fino al corrispondente margine dell'ano, tramandando buona marcia, ed avendo i suoi bordi regolari. Introdotto il mio dito indice nella piaga mi accorsi che col medesimo si entrava in una larga apertura esistente nell'uretra membranosa e lungo essa si penetrava nell'uretra prostatica, che in un colla prostata era pure notabilmente allargata per essere stata la sede principale del calcolo che era già stato spontaneamente espulso. Spinto diligentemente il mio dito in vescica, sentii un grosso calcolo in essa esistente e da cui rimaneva strettamente abbracciato. Per questo motivo onde tentare di estrarlo mi prevalsi della solita mia tanaglia articolata a guisa del forcipe, di cui potei, dopo avere debitamente collocato l'infermo, con molta facilità insi-

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. Anno 1851.

nuare per la via dell'uretra prostatica e dell'apertura vescicale, che conservavansi molto ampie, separatamente fra la vescica ed il calcolo le corrispondenti branche, insieme articolarle, e così portare fuori dalla vescica con leggieri movimenti semicircolari quella pietra assai grossa.

Il modo però con cui il calcolo prostatico può associarsi al vescicale, è stato da me trovato molto diverso da quello ora descritto. Diffatti nella succitata mia Memoria racconto che nello Spedale Provinciale e Ricovero aveva operato col mio processo di litotomia mediana un ragazzetto di 14 anni nel quale dopo avere estratto un calcolo piuttosto grosso sviluppatosi nella prostata, conobbi tosto che un altro grosso calcolo trovavasi in vescica, ma saccato nella di lei parete anteriore. Vani riescirono molti tentativi onde estrarlo, ed io avrei potuto imitare in questo caso il *Leroy d'Etiolles*, ed eseguire il taglio ipogastrico come egli fece, in caso analogo, se una favorevole circostanza non mi avesse suggerito di esperimentare prima un tentativo assai semplice, e per nulla pericoloso. Ed in vero l'esplorazione fatta in vescica col dito mi faceva conoscere che una porzione del calcolo, lunga più di un centimetro, non era abbracciata dalla cisti formata dalla vescica urinaria, ma sporgeva invece a nudo entro la cavità della vescica istessa. Or bene, siccome io aveva veduto più volte che afferrando un calcolo con delle tanaglie da pietra per un certo tratto in una sua estremità, e premendo a gradi con quelle su d'esso si scrosta spessissimo e si rompe in più pezzi non solo la porzione compressa ma ben di frequente l'intero calcolo, sperai quindi che facendo altrettanto su quella porzione che sporgeva in vescica, l'intero calcolo si spezzasse in modo da poterlo con facilità mediante il dito e la cucchiaia completamente snucleare, ed estrarre dalla cisti. Afferrato diffatti colle tanaglie quel pezzo di calcolo che trovavasi a nudo in vescica e gradatamente con queste comprimendolo, l'intiero calcolo in gran parte scrostossi, e si ruppe, cadendone una buona porzio-

ne nella cavità della vescica da cui venne sbarazzata; gli altri pezzi che rimanevano ancora entro la cisti furono pure estratti dopo averli snucleati col dito, il che riescì assai facile potendo l'estremità del mio dito indice agire su di essi con qualche libertà in causa di trovarsi la cisti in vicinanza del collo della vescica urinaria, e non incontrando il dito stesso ostacolo alcuno a penetrare addentro nella medesima per essere la vescica non molto alta attesa l'età dell'individuo, e per mostrarsi il medesimo molto scarno.

Finalmente dirò che in un cadavere da me ispezionato in cui esisteva un calcolo prostato-vescicale, ho potuto osservare che il calcolo stesso il quale era di volume enorme, mentre occupava la prostata, ampliata ed assottigliata in modo da non poterne più distinguere la anatomica struttura, si approfondava pure entro la vescica dal suo lato destro, la quale ivi formavagli una cisti che lo nascondeva, e serrava in guisa da non concedere di estrarlo colle tanaglie senza indurvi incorreggibili lesioni. In questo individuo le urine erano raccolte nell'altra metà della vescica, ove vedevasi una profonda ulcerazione verso l'alto fondo, e in corrispondenza della quale apertura non rimaneva intatto che il peritoneo. Le urine che, mentre l'infermo era in vita escivano dalla metà sinistra di vescica, filtravano lungo una solcatura esistente nella porzione di calcolo racchiusa nella prostata, il quale solco era nella faccia anteriore del calcolo stesso. Anche questo pezzo patologico è da me conservato.

A compimento di quanto è stato osservato di singolare dai chirurghi della scuola bolognese, e che è a mia cognizione, ricorderò ora la storia seguente intorno un calcolo uretro-prostato-vescicale che venne pubblicata nell'anno 1853 dall'Illustre Prof. *Malagodi* (1).

---

(1) Sulla combinazione della cistotomia colla litotripsia per l'estrazione dei calcoli enormi della vescica orinaria. Memoria del dott. *Luigi Malagodi*. Fano 1853.

Sui primi di aprile del decorso anno 1852 venne a consultarmi (così egli scrive) per malattia delle vie urinarie, un montagnuolo di Frontone (Cogli) per nome Angelo Paravento di anni 20.

Era questi di piccola statura, mal si reggeva in piedi, camminava a corti passi e molto incurvato in avanti, non poteva sedere che per una delle natiche, era assai poco nutrito, e la sua fisionomia cachettica e di una tinta giallognola era l'espressione dell'uomo oppresso da lungo, intenso, e non interrotto soffrire.

Quando mi feci ad interrogarlo sull'origine, progressi, e sintomi della malattia, egli mi disse primieramente di non aver memoria del principio de' suoi patimenti. Però dietro quanto sapeva per tradizione dai suoi genitori, potè raccontare che essendo nelle fascie ammalò di ulcerazioni alle labbra, alla bocca, ed alle fauci, dal che reso impedito al poppare venne alimentato per lungo tempo con solo vino, somministratogli dalla madre per mezzo di un'ampolla a becco. Intanto il latte retrocesse dalle mammelle materne, quindi fu protratto l'uso del vino in unione a grossolane sostanze alimentari assai poco confacenti all'età sua. Innoltre riferiva di avere sempre sentito dire che dalla nascita in poi erasi vieppiù contorto e lamentato ogni qualvolta emetteva le urine.

Giunto all'età della ragione, ricordava i frequenti premiti, lo stento, e i dolori sofferti nell'orinare fino ai dodici anni, allorchè, diventati meno intensi i sintomi del male, questo, fors' anche per abitudine, si rese compatibile con alcuni lavori campestri, a cui si vide astretto dal bisogno, affine di campare la vita sempre laboriosa, ma però stentata, e dolorosa. Negli ultimi due anni poi le cose peggiorarono d'assai. Ai maggiori dolori si unì un continuo, e involontario stillicidio di orine che, per non disperderle, obbligarono l'infermo a portare a permanenza un vaso adattato, e legato ad una delle coscie: le urine che a goccia a goccia si raccoglievano nel vaso, erano tor-

bide, depositavano una materia puriforme, ed esalavano un forte odore ammoniacale: ogni movimento della persona, ogni scossa, suscitavano dolori e punture all'ipogastro, al perineo, alla verga, al glande: l'appetito era diminuito, le digestioni erano moleste: non di rado comparivano accessi di febbre, e passava i giorni o in letto, o seduto di fianco, in continua lotta fra la miseria e la pena di una malattia, triste compagna di tutta la sua vita. Per di più andava soggetto a frequenti orchiti ora all'uno, ora all'altro dei testicoli, che più d'una volta percorsero lo stadio della suppurazione.

Dagli anamnestici sin ora esposti si aveva già molto per fondare il sospetto dell'esistenza della pietra in vescica, e più, di pietra assai grossa. Diffatti allorchè nel giorno appresso ebbi ricorso al segno patognomonico della litiasi vescicale, onde averne certezza, non fui giunto col catetere alla parte membranosa dell'uretra, che già in questo punto del canale ebbi la sensazione manifesta della presenza del corpo estraneo.

Procurai d'insinuare il becco dello strumento tenendomi rasente l'arco del pube, ma ben di poco potei inoltrarlo: presi la via opposta, e cioè all'imbasso, ove percorsi uno spazio maggiore di poche linee, strisciando lungo la pietra; nondimeno era assai lontano dal potere penetrare in vescica.

Vedendo che un siffatto modo di esplorazione non mi tornava sufficiente ad un preciso diagnostico, avvegnacchè se io aveva avuto sicurezza del punto in cui cominciava a sentirsi il calcolo, rimanevami d'altronde nell'incertezza di quanto esso si prolungava lungo la regione prostatica, e per entro alla vescica, ricorsi alla esplorazione digitale per la via dell'intestino retto. Ed allorchè coll'indice ebbi oltrepassato lo sfintere interno dell'ano, sentii il corpo estraneo così vicino all'arco del pube, e così poco coperto di tessuti molli, che, fatta detrazione della grossezza delle pareti dell'intestino, era del tutto perduta ogni percezione di tessuto prostatico.

Per progredire con metodo nella esplorazione, inclinai primieramente il dito alle parti laterali tanto a destra che a sinistra e n' ebbi per risultato che il calcolo si estendeva in latitudine al di là dei margini interni delle branche ascendenti dell' ischio e discendenti del pube; per il che non si rendeva possibile il determinare i suoi laterali confini. Allora spinsi il dito in alto per tutta la sua lunghezza, e il corpo estraneo continuava ancora fino a poterne avvertire un solco trasversale, al di là del quale sentivasi altra protuberanza che sembrò meno dura, o piuttosto più coperta di parti molli: ma che, per non potere salire più in alto colla estremità dell' indice, non nè fu dato precisare se quel solco marcava il termine della pietra, se questa continuava al di là del solco, se quella durezza superiore al solco era una seconda pietra entro la vescica o qualche parte indurita della vescica stessa.

Ad assumere ulteriori criteri su questo fatto che, per le cose finora enunciate, era al certo non comune, feci entrare questo calcoloso nel nostro Spedale di S. Croce, ove, cominciando da una cura preparatoria, lo sottoposi all' uso giornaliero di bagni generali, a frequenti clisteri, a decozioni di china, e ad un vitto adattato alle sue forze digerenti; cose che mi sembrarono richieste dalle condizioni generali e locali dell' infermo, e di già accennate. In progresso, ripetendo le esplorazioni quasi ogni giorno, e valendomi principalmente delle injezioni di acqua tiepida, pervenni a poco a poco a far giungere la sciringa fino ad abbracciare colla concavità della sua curva la faccia convessa della pietra, che si riferiva all' intestino retto.

Allorchè la sciringa era portata al posto indicato, io ebbi a notare le seguenti particolarità. 1.° L' estremità esterna dello strumento non poteva molto abbassarsi fra le coscie del malato, facendone impedimento il notato solco trasversale, sentito dalla parte del retto intestino, oltre il quale non saliva l' estremità interna della sciringa. 2.° La stessa estremità della scirin-

ga non teneva la direzione della linea media dell'asse del corpo, ma inclinava sensibilmente a sinistra, in conseguenza del condursi e tenersi fermo il becco interno a destra. 3.° Non esciva mai urina dalla sciringa e la stessa poca quantità di fluido iniettato, che non rifluiva fra la sciringa e l'uretra all'atto dell'iniezione, scolava piuttosto a goccia a goccia dopo estratta la sciringa, di quello che escire per essa durante la sua permanenza al posto indicato. 4.° Per la via dell'intestino retto si seguitava col dito la sciringa coperta di teneri strati di parti molli, egualmente uniformi per tutta l'estensione esplorata fino al punto ove notai riscontrarsi il solco trasversale, nel quale s'impegnava il becco della sciringa a destra senza poter andare più avanti. 6.° Tenuta a questo punto la sciringa, e tirata idealmente una linea perpendicolare dall'interno del pube, ove approssimativamente doveva corrispondere l'orlo anteriore della prostata, io misurava l'estensione che aveva la sciringa, dal punto della linea ideale all'estremità esterna dello strumento e ripetendo questa misura sulla sciringa dopo estratta, si avea nel resto della sciringa stessa, riferibile alla parte curva, la misura approssimativa della lunghezza del corpo estraneo dal principio della prostata fino al solco, la quale denotava non essere minore di tre pollici.

Dalla esplorazione soprapubica non si potè ricavare verun lume diagnostico, perchè la costante contrazione spasmodica dei muscoli retti, anche sotto l'azione del bagno generale, e il dolore sensibile a questa regione rendevano intollerabile qualunque pressione, anche la più moderata.

Dietro siffatte indagini non poteva rimaner dubbio che si trattasse di pietra di grossezza enorme occupante, di certo, porzione dell'uretra membranosa, e l'uretra prostatica; la quale ultima porzione di canale uretrale erasi resa evidentemente assai ampia a spese della sostanza della prostata, da convertirsi come in un sacco a sottili pareti tutto occupato dal calcolo. Ciò che per me non rimaneva abbastanza dimostrato

era qual parte precisamente si avesse la vescica orinaria in questo caso: e cioè se la vescica era estranea alla malattia, se la maggior parte del calcolo stava entro la vescica, ove formatosi primitivamente si fosse prolungato nella sede prostatica e nell' uretra membranosa, o se all' opposto il calcolo si fosse primitivamente formato nella prostata, e poscia prolungatosi tanto verso l' esterno nell' uretra membranosa, quanto verso l' interno nella vescica.

Il dolore però che soffriva l' infermo al pube, la cattiva qualità delle urine, l' enuresi, e la durezza che per la parte del retto sentivasi al di là del solco trasversale più volte accennato, e che con molta probabilità segnava il termine della regione prostatica, e la sua congiunzione coll' orifizio della vescica, erano tutti segni che alludevano a qualche compromessa di questo viscere, o come parte principale, o come accessoria; in ogni modo io avea tanto più a temere che il volume da me supposto della pietra venisse maggiormente aumentato da quella porzione che poteva essere in vescica, ove il catetere non aveva mai potuto penetrare, oppure che altro o più calcoli fossero dentro alla vescica stessa, sebbene disgiunti dal prostatico.

In onta adunque alle più minute, prolungate, e ripetute indagini che io seppi usare, bisogna pur dire che il diagnostico di questa malattia non mi era tornato esattissimo: nondimeno nella considerazione che quanto rimaneva dubbio non influiva gran fatto sulle specialità del metodo operativo che io andava volgendo in mente, non rinunciai all' impresa, nella fiducia che se con speciali compensi adattati alla eccezionalità del caso non ne avessi potuto trionfare, almeno avrei tentato ragionevolmente di porre quest' uomo, ormai perduto, sulla via di una possibile guarigione.

Il Cav. *Malagodi* pertanto, passati in rivista i metodi operatori fino allora conosciuti per la estrazione dei grossi calcoli, non avendo egli rinvenuto nulla di soddisfacente, ricorse per

la prima volta in Italia al metodo misto costituito dalla cistotomia combinata alla litotripsia, col sistema di percussione proprio di quest'ultima operazione. Al quale effetto avendo egli fatto costruire un suo proprio frangipietra a percussione e che trovasi descritto nella Memoria succitata, nel giorno 2 Maggio 1852 eseguì la operazione nella maniera seguente.

Fece collocare e fermare l'infermo nella posizione solita per la cistotomia perineale, introdusse lo sciringone internandolo al di sotto dell'arco del pube, ma tenendo la faccia posteriore del calcolo, fra questo e la parte relativa all'intestino retto. Il dott. *Santopadre*, che gentilmente prese parte all'operazione come assistente, teneva colla sua mano destra lo sciringone a perpendicolo sulla linea mediana del corpo dell'operando, e rendeva libero e teso lo spazio perineale, tenendo sollevato lo scroto colla sinistra. Il *Malagodi* eseguì l'incisione esterna con un coltellino a lama convessa, tagliando i tegumenti trasversalmente al rafe, tenendosi distante otto o dieci linee circa dal margine dell'ano, e in direzione curva a concavità posteriore, poi divise successivamente, secondo la medesima direzione, li sottoposti strati cellulosi, muscolari, ed aponeurotici tanto superficiali, che profondi, sino a denudare l'uretra nella sua parte membranosa; il tutto in senso obbliquo dalla pelle alla sinfisi del pube, a fine di evitare la lesione dell'intestino retto, e precisamente secondo i dettami del *Dupuytren* pel taglio bilaterale. Voltato il coltello col tagliente a perpendicolo, ne infisse la punta, guidata dall'indice entro la scannellatura dello sciringone, e l'innoltrò per quel tratto che gli fu sufficiente a sentire bene a nudo lo sciringone col polpastrello dell'indice, e che potè calcolare di cinque o sei linee. Allora fece inclinare l'estremità esterna dello sciringone a sinistra, e con un coltellino retto di lama stretta e smussato alla cima, eseguì un taglio laterale a destra dell'estensione di circa tre linee, e lo ripetè al lato opposto, il che lo rese a portata d'introdurre per questa apertura l'apice del dito, e

seguire lo sciringone fin dove il calcolo ingrossava di mole. Estratto lo sciringone, senza abbandonare il posto preso coll'indice, impugnò colla destra una tanaglia tagliente e ne portò le branche ai lati dell'apice del calcolo protuberante nell'uretra membranosa, e sicuro di avere fatto buona presa, estrasse il dito dalla ferita per avere l'aiuto d'ambe le mani onde far forza sulla tanaglia, così egli riescì benissimo di smozzicare questa parte di calcolo tanto che ripetè una presa più profondamente ed altra ancora onde sbarazzare tutto quel tratto di uretra membranosa che occupava l'arcata del pube. Fatto questo il cav. *Malagodi* afferrò il calcolo col suo frangipietra (1) che marcò ottanta millimetri. Con undici colpi di martello la pietra fu infranta, ed allora essendo quasi chiuso lo strumento lo estrasse coi frammenti che erano fra le sue morse, e continuò l'estrazione degli altri colle comuni tanaglie, ricorrendo di frequente anche alle iniezioni, finchè l'esplorazione col dito l'accertò che i frammenti liberi entro a quel sacco erano tutti stati estratti. A tal punto però sull'alto della cavità gli venne fatto di sentire un grosso pezzo di calcolo che rimaneva fisso al suo posto, e che gli diede l'idea di un frammento di calcolo saccato. E sebbene il dito pervenisse a stento a quel punto, pure cercò di snucleardo; ma intanto che si occupava di questa parte della operazione che prevedeva imbarazzante, il pezzo di calcolo sfuggì davanti il suo dito, e cadde in una cavità superiore, lasciando un'apertura che potè calcolare del diametro di un pollice. Non arrivando il dito, se non poco più in là dall'osculo di questa seconda cavità, ricorse al conduttore bottone, il quale senza dubbio lo accertò che là era il pezzo di calcolo, e la diversità dei tessuti (rugoso e scabro quello del sacco inferiore, levigato e sofice quello della cavità superiore) lo pose al chiaro che quest'ultima era la vescica, e che il cavo in cui aveva infran-

---

(1) Vedi la succitata Memoria ove è delineato in una tavola.

to la maggior parte del calcolo era un sacco formato tutto dalla prostata. Un paio di lunghe tanaglie guidate dal conduttore bottone gli servirono alla estrazione intera del pezzo di calcolo che risiedeva in vescica, e che formava continuazione con quello della prostata.

I frammenti del calcolo risultarono del peso complessivo di oncie tre e tre ottavi.

Il pezzo che fu estratto intero dalla vescica, appresso misura; risultò di 14 linee di lunghezza, e del diametro di 12 nel senso in cui appariva la frattura, e la porzione infranta in tre pezzi, che protuberava nell' uretra membranosa fu calcolata di 9 linee di lunghezza e 5 di diametro. Al 49.° giorno dell' operazione la ferita era cicatrizzata e dopo alcuni mesi l' operato ritornò alla propria casa ben nutrito, e contentissimo del suo stato.

Questo calcolo adunque era formato di una parte centrale maggiore, e di due prolungamenti. Il centro della lunghezza di 80 millimetri occupava una vasta saccoccia fortemente addossata al calcolo e formatasi a spese dell' ingrandimento, ed assottigliamento eccentrico della prostata; il prolungamento superiore, o vescicale, della lunghezza di 32 millimetri e del diametro di un pollice, teneva stabilmente allargato d' altrettanto il perimetro dell' orifizio della vescica, la quale contratta ed ispessita manteneva costrettissima la sua cavità; il prolungamento inferiore occupava l' uretra membranosa pel tratto risultante dai tre pezzi precedentemente mozzicati di 25 millimetri. Dal che ne risulta che questo calcolo stesso il quale fu afferrato in un diametro della lunghezza di 80 millimetri, era in sostanza di 137 millimetri considerando la sua totale lunghezza dall' apice protuberante nell' uretra membranosa fino alla sommità della porzione esistente in vescica.

Dai fatti fin quì narrati sebbene si confermi che, i calcoli perineali possono essere portati anche lungamente senza dar luogo a disordini letali, e che anzi alcuni hanno potuto esse-

re espulsi dal perineo per un' apertura spontanea nel medesimo formatasi, d'ordinario però cagionano successioni più o meno temibili od anche mortali se non sono debitamente estratti.

Fra i varii esempi che si conoscono di calcoli espulsi dal perineo mi interessa si sappia che il nostro *Molinelli* quasi fanno 120 anni comunicò al nostro Istituto di Scienze una osservazione interessantissima di tal genere che in questi termini ci venne trasmessa (1).

Petrus Paullus Molinellus anno millesimo septingentesimo vicesimo primo cum alia ad alias disciplinas spectantia in Academia proposuit, tum hoc etiam narravit, quod ad morbos pertinet, et inter mira reponi potest. Homini septuagenario post multas ex iis difficultatibus, quae solent calculosos exercere, naturaliter, nulloque praecedente abscessu, perinaeum apertum est, atque inde exstillare urina accepit. Erant autem aperti oris margines, coloris ad album vergentis, et scabri. Hiatus is postea se se in dies magis dilatavit. Die quodam dum aeger urinam totis viribus emittere contenderet, accidit, ut lapis per eum quem dixi, hiatum exierit figurae falcatae, in longitudinem duas uncias se extendens, unam in latitudinem; ponderis vero duarum unciarum cum dimidia Nihil post puris inde manavit, sed materia tantum gypsi in aqua soluta persimilis. Post haec vixit senex ad annos aliquod cum fistula. Hac reapparet, quanto sit lenior morborum curatrix natura quam ars; haec enim nisi cum tormentis, et cruciatibus lapidem e vescica non extrahit, quem natura in eo, quem diximus, homine probe expulit sine dolore. Cum haec Molinellus Academiam admonuisset, figuram etiam protulit, quae eiectum e vescica lapidem pulcre reppraesentaret.

---

(1) De Bononiensi scientiarum et artium Instituti atque Academia commentarii Bononiae Tom. I. MDCCXLVIII p. 151.

Siccome però non sarebbe giustificabile il confidare troppo in queste espulsioni spontanee che non ponno essere che eccezionali, così il chirurgo dovrà trarre profitto dalla conoscenza esatta dei modi diversi coi quali i calcoli stessi si possono annidare nell' uretra, o fuori di essa, della sede precisa da essi loro occupata, e delle complicazioni che vi si possono associare onde ricorrere a quel processo operatorio che ne può rendere più facile e sicura la loro estrazione, ed affine di evitare così quei pericoli che senza di ciò potrebbero incontrarsi.

Ammesso pertanto che il calcolo arrestatosi nell' uretra non sia tanto piccolo e mobile da potere essere estratto per l' uretra coi tiracalcoli, o colla litotripsia uretrale, allora bisognerà rimuoverlo coll' uretrotomia perineale, e quando si nasconderà in una cisti formata soltanto dall' uretra membranosa sarà sufficiente una longitudinale incisione proporzionata al volume del calcolo lungo la linea del rafe nei tessuti che ricuoprono la cisti uretrale, e nella cisti stessa, per potere con una pinzetta da polipi, con una spatola, colla tanaglia da pietra articolata a guisa di forcipe, estrarlo.

Quando invece i calcoli perineali saranno rinchiusi in tramiti fistolosi se non potranno essere portati fuori con pinzette dalle fistole, converrà inciderle col bisturino onde avere sui medesimi una più facile presa; e in quei calcoli uretrali che si approfondano nello scroto sarà indispensabile di incidere lo scroto istesso per rinvenire ed aprire la cisti uretrale che potrebbe contenerli.

Se il chirurgo potrà avere il sospetto che un calcolo sia arrestato nell' uretra membranosa in vicinanza al bulbo, ed un altro si trovi a qualche distanza da questo e cioè nella prostata, come osservò il dott. *Romei*, allora dopo avere inciso il perineo longitudinalmente, ed aperta l'uretra membranosa, estrarrà il calcolo uretrale e poscia non ometterà di fare diligenti esami affine di andare in traccia dell' altro calcolo, e trovatolo nella prostata, toglierlo da quel posto.

Allorchè poi i calcoli sono molti ed addossati gli uni contro

gli altri, dopo avere incisi più o meno ampiamente i tessuti che li ricuoprono onde poterli debitamente dominare, per esporre l'infermo a minori violenze, si cercherà di farne l'estrazione separatamente.

Nei calcoli che occupano quasi esclusivamente la prostata sarà preferibile, quando sono molto voluminosi e questa glandola non abbia subito quell'assotigliamento che d'ordinario in simili contingenze si verifica, di inciderla come fece il prof. *Baroni* nei suoi raggi, ed in alcune circostanze potrà essere pure acconcio il dare al taglio esterno la figura semilunare. Si dovranno ancora in questi casi preferire le tanaglie articolate a mo' del forcipe.

In quei calcoli che occupano la prostata e la vescica contemporaneamente, se sono molto voluminosi, sarà del pari utile il taglio interno multiplo, e se si insinuano anche nell'uretra membranosa e si diriggono verso il suo bulbo, sarà opportuno che la esterna incisione e quella dell' uretra sia eseguita in modo da corrispondere alla sommità del calcolo, giacchè così potrassi come io feci nel calcoloso di Fusignano, mediante l'indice ed il medio insinuato nel retto intestino esercitare tali pressioni in avanti sulla parte più profonda del calcolo da obbligar la sua porzione anteriore acuminata d'insinuarsi agevolmente fra la ferita, al fine di permettere la presa tanto più facilmente alle branche della tanaglia.

Se finalmente, atteso l'enorme volume del calcolo, od in causa di varie altre circostanze, il calcolo stesso non potesse nelle maniere anzidette essere estratto, sarà indispensabile alla cistotomia congiungere la litotripsia, e questa verrà eseguita secondo i casi o con robuste e comuni tanaglie da pietra, o cogli ordinari litotritori, o colla mia tanaglia frangipietra, (1) o con quella del *Porta*, o col litotritore del *Fabbri*, o col frangipietra a percussione del *Malagodi*, mediante il quale ultimo istrumento la chirurgia Italiana si vanta già del brillantissimo risultato di cui ho tenuto sopra parola.

---

(1) Vedi la mia Memoria succitata.

Colla vaccinazione si può comunicare la sifilide ?.... Nota del soc. res. dott. *Demetrio Rasi.*

Nei miei libri di pratica vaccinica, per quasi sette lustri senza interruzione esercitata nel vasto Comune di S. Lazzaro presso Bologna, sta registrato un fatto che io non posso più oltre tacere, ma anzi stimo dover raccontare a voi chiarissimi Colleghi. E tanto più volentieri in quanto oggi fra le più gravi ed importanti quistioni vacciniche havvi pur quella, per ogni dove agitata, se cioè la sifilide si trasmetta all' uomo sano mediante l'innesto del vaccino tolto da individuo infetto da quel morbo.

Non pretendo di sciogliere il problema; spero però che avrò almeno narrata cosa che certo servirà a recare luce in mezzo alle tenebre che ancora s'avvolgono intorno l'arduo tema, e mi soccorra in ciò l'autorità dell'illustre che oggi ci presiede, mentre gli sono note tutte le circostanze relative all'istoria che vado a narrare e me ne può anzi essere testimonio.

La giovane Rosa Giordani, bella e sanissima contadina, maritatasi per genio nel fior dell'età a giovane sano e robusto pur esso, parve alcun tempo assai contenta del suo stato, ma poco stante nol fu davvero.

Quando io la vidi, allattava da 11 mesi un suo figliuolo per nome Teodoro, creatura che aveva tutte le apparenze di salute e di robustezza, e per ciò, il venerdì 13 Maggio dell'anno 1853, non ebbi ritegno alcuno di vaccinarlo da braccio a braccio con linfa tolta da un altro villanello sanissimo e che per altri m'aveva servito da vaccinifero stupendamente. Dopo 5 giorni di stato incubativo sortirono pustole vacciniche che apparivano normalissime. Niun dubbio mi rattenne poi con queste pustole, essendo già scorsi 8 giorni dell'innesto, di vaccinare 32 indi-

vidui nel mio Comune. Ma raggiunto il quattordicesimo giorno dall' innesto fatto al piccolo Teodoro, (e sesto dal dì che mi servì da vaccinifero) venni chiamato per visitarlo; trovai gonfiate le braccia, e le croste delle pustole vacciniche convertite in croste giallognole gementi un' umore viscoso e denso. Passati appena 2 giorni quelle croste non erano più, e le sei pustole vacciniche, che dovevano essere all' ordinario fine del loro corso, si trasmutarono in sei ulceri che pei loro caratteri riconobbi venerei. A queste, fecero seguito poco dopo nel di lui corpiccino delle papule, alcune delle quali si manifestarono all' interno della bocca, ed ai contorni dell' ano, e si convertirono in piaghe fagedeniche, le quali condussero al marasmo e poscia alla morte questa povera creaturina.

Altamente impressionato da tale funestissimo evento, cercai ogni via per giungere a scoprire la sorgente dell' infezione del bambolo; e poco stetti a saperla intera, ed essere altresì testimonio di veduta dell' inganno a cui male auguratamente fui dalle esterne apparenze tratto. Seppi e verificai allora che la madre era affetta da due buboni agl' inguini, e piena aveva la vagina di manifeste ulceri veneree, le quali contavano un' esistenza di più mesi, e senz' essere state in alcuna guisa curate. Seppi inoltre che il di lei marito, guasto da mesi per blenorragia e per ulceri sifilitiche, le aveva comunicato tanto mal ore, e seppi pur anco che costui era adesso ammalato di grave artrite da cui a stento, e dopo una lunga cura antivenerea, potè salvare bensì la vita, rimanendo però storpio per sempre alla gamba destra. Riconosciuta così l' origine di questa dolorosa catastrofe, si pensò di collocare la sciagurata Rosa nel nostro celtico Stabilimento di Sant' Orsola, (ove io viddi tanti di questi mali guarire prodigiosamente) ma sebbene le fossero porte a larga mano e con quell' amore che governava l' animo di quel Clinico distintissimo che fu il *Daveri* le maggiori cure, dovette soccombere nullaostante la poveretta in conseguenza di consunzione sifilitica.

Queste cose ho voluto narrarvi o Colleghi per mettervi alla portata di argomentare anche la grande agitazione dell'animo mio, sapendo di essermi servito dell'umore che emanava dalle pustole di quel vaccinifero, per innestare, come vi dissi, altri 32 fanciulli, pensando alle tristi conseguenze che forse ne avrebbero potuto derivare, e che aveva sempre evitate per il passato atteso il modo scrupoloso che tenni sia nella scelta dei vacciniferi, come nell'indagare la loro provenienza, per cui fui tenuto in quella stima che non potrebbesi desiderare maggiore.

Posto ciò seguo oltre e mi fo a rendervi conto dell'esito che ebbero i 32 innoculati con la linfa di cui vi ho tenuto parola. E come colui che superati i pericoli di una patita burasca, giunge finalmente in salvo, s'allegra l'animo in raccontando le sofferte angustie, così vi dirò che 14 innestati non ne ebbero effetto alcuno; meravigliavami però di tal cosa e non sapeva di questo esito negativo rendere a me stesso ragione plausibile, sendomi rarissime volte accaduto, massime, quando la vaccinazione si pratica da braccio a braccio e da pustole così regolari come apparivano quelle di cui mi servii. Credetti dapprima potere incolparne le continue alternative cosmiche, che in quel tempo dominavano stranamente fra noi, ed a cui, la mia vecchia pratica ne assicura, il vaccino propagato all'uomo, sia pure di fresca o di lunga data umanizzato, ne sente tanto le influenze.

Undici dei suddetti innestati ebbero un'esito felice, e presentavano pustole vacciniche, ma poche, che più di tre non ne ottenni in ciascuno di essi, dagl'otto fori che per solito io soglio praticare in ogni vaccinando; erano però vere pustole vacciniche, lo ripeto, ma piuttosto languide e poco sviluppate.

Cinque ebbero pustole spurie, e che abortirono al sesto giorno di corso non lasciando in quelle braccia alcun segno di loro passaggio. Quattro finalmente ebbero una sola pustola, la quale all'ottavo giorno di corso improntò gradatamente i

caratteri di un ulcera sordida accompagnata negli adiacenti tessuti da intensi fenomeni infiammatori, la quale però dopo lunga durata venne a cicatrice la mercè di semplici soccorsi curativi a me consigliati dal *Rizzoli*.

Furono questi individui.

1.° Ribani Giulia di Gaetano d'anni 3 e mesi 6.

2.° Conti Amalia di Celso di un anno.

3.° Colina Giulia di Francesco di un anno.

4.° Ardizzoni Costanzo di Pietro di mesi 10.

Tutti figliuoli sanissimi e di provenienza senz'eccezione, la quale provenienza, dirò pur troppo per la mia età che s'avanza, mi è nota perche li viddi tutti nascere. — È a sapersi inoltre che nessuno di questi quattro individui ebbero fin ora a patire malattie comuni, e tanto meno poi mostrarono nulla che possa dirsi sifilitico e sono gia passati 12 anni dall'epoca che avvenne quel doloroso caso, come posso ora certificare ampiamente. Aggiungerò per ultimo, che nell'Autunno che subito seguì quella Primavera, vaccinai di nuovo, e sempre condotto dal consiglio del *Rizzoli*, tutti quei 32 individui (che pure non manifestarono mai indizio alcuno di sifilide) e ne ebbi il seguente risultato.

I 14 innestati, che non ebbero effetto, lo ebbero questa volta felicissimo. — Gli 11, i quali ebbero un'esito abbastanza felice, ma con poche e languide pustole, com'ho detto più sopra, nulla ottennero da questa seconda vaccinazione.

Ai 5 poi che avevano avute pustole spurie, si svolsero in 3 di essi bellissime pustole, ed in 2 tornarono abortive. Finalmente sui 4 fanciulli la cui pustola vaccinica degenerò in ulcera sordida, ottenni delle pustole, che in sulle prime avevano sembianza vaccinica, ma al quinto o sesto giorno di corso si disseccarono.

Questa è l'esposizione sincera del fatto che m'accorse osservare e Ve ne fo, colleghi egregi, un dono. Certo Voi ne profitterete per ricavarne utili e saggie deduzioni a prò dell'umanità e della Scienza.

Cura e guarigione di un grande ascesso spontaneo, con piaghe e leucocitosi per sifilide costituzionale — Storia con riflessioni — del Prof. *Giacomo di Lorenzo* di Napoli — dedicata al dott. *Ferdinando Verardini* di Bologna.

Pagani Enrico di fu Carlo e Calderini Rosa, di Milano, di anni 20, di tempra linfatica e costituzione gracile, soffrì già nel secondo lustro di sua vita di salso, guarito dopo mesi con bagni solfurei e solfo all'interno. Contagiato di anni 19 da sifilide locale con ulceri e bubboni non suppurati, si ebbe per reliquia una dermatosi maculosa, osteocopi, pleiadi bi-inguinali e cervicali, ed una piaga alla gamba sinistra restia ad ogni trattamento, variato per 7 mesi. Tutto però cedette ad una prolungata cura specifica: precipitato rosso sulla scontinuità, e sublimato corrosivo internamente con la tisana di San Giorgio. Nel Gennaio del 1865, 20.° di sua età, transitando per mare, ammalò per cagioni comuni: freddo umido, pioggia e vento, ed il giorno 29 dello stesso mese in Napoli all'Hótél Généve prese letto con polmonite basica bilaterale, seguita da gastro-enterite aftosa, che lo mise all'orlo del sepolcro. Nel Marzo, a gradi a gradi superando tai malori, si videro impiagamenti ai trocanteri, al sacro, ai lombi, ed un tumor molle alla schiena molto voluminoso e di manifestazione quasi istantanea. Tuttociò impose dippiù per la sua salvezza, essendo già malato da due mesi, rifinito di forze, ed emaciatissimo. Il cav. *Abate*, medico curante, ridotte le cose a tal punto invitò il chirurgo *Domenico Rossi*; ed ambo in consulto col prof. *D' Avanzo*, disperando dell'infermo, conchiusero, pel tumore in ispecie, trattarsi d'un grande ascesso linfatico da operarsi con ripetute punture. Fu punto infatti due volte, uscì del materiale sieroso con fiocchi; ma le forze più avvilite, lo estendersi ancora di quelle piaghe, l'aumento progressivo del tumore stesso,

non ostante in buona parte vuotato per due volte, fecero temere assai davvicino d'un infermo oramai in preda alla più completa adinamia. In questo mentre dallo stesso medico *Abate* invitato, assente il *Rossi*, e per circostanze accidentali rimasto io poi solo, mi vidi consegnato questo grave infermo pel quale sembrava proprio non esservi più speranze di redenzione. Ecco intanto quanto osservai nell'ammalato.

Un immenso tumore esteso dalla parte posteriore del collo fin nell'ima regione dorso-lombare, molle, fluttuante, a pelle inalterata, appiattito verso gli estremi, culminante tra le scapole, con direzione più a sinistra, mostrava nella parte declive due piccole macchie circolari rossastre, come neoplasma di recente cicatrice, e diffatti erano proprio i luoghi delle praticate punture.

Piaghe bavose ai trocanteri, alle creste iliache, alle tuberosità sciatiche mal governo faceano di quelle parti; ed un'altra piaga, come serpiginosa, abbastanza estesa tra il sacro ed i lombi, ne avea devastata buona parte dei tessuti con tendenza invasiva di quelli circostanti. Impiagamento da cui venia fuora un icore fetente da dare un lezzo schifoso ed una vista ributtante; e che mostravasi circondato da una zona di colorito livido seguita da un'altra d'un rosso-rameo in certi punti manifestissimo. Ingorghi gangliari chiarissimi appariano agl'inguini, alle ascelle, alla nuca; ed il resto dell'involucro cutaneo faceasi vedere con macchie circolari, come piccole chiazze d'un rosso fulvo, specialmente agli arti inferiori ed al tronco (dorso, addome). I visceri relativamente sembravano normali; ma un'emaciazione scheledrica, da mostrar l'individuo quasi mummificato, il pallore straordinario della persona, la lingua rossa e secca, i polsi piccoli e febbrili, una faccia ippocratica, l'abbattimento massimo di forze, il decubito obbligato dorsale, da essere a stento rimosso su i lati da infermieri vigili notte e dì, formavano il corredo troppo spaventevole delle condizioni generali dell'infelice Pagani.

Un tal quadro miserando in verità molto m'impose; però del tutto non mi avvilì, nè perdetti ogni speranza. Chè dimandando a me medesimo: con quale morbo aveva io a trattare e che cosa avessi a fare, mi balenò l'idea culminante, sul momento, e fu che le varie località affette fossero ombra e dipendenza se non in totalità, in buona parte almeno di guasti discrasici, forse superabili, nullostante ridestati ed ingagliarditi dai mali acuti sofferti. Così a primo intuito spiegai specialmente quella Leucocitosi manifestissima, e le piaghe, e l'ascesso. Vidi la sifilide d'altra parte nella sua più ampia manifestazione per quelli effetti. Riflessi ai mali già gravi superati, all'età giovane, alla stagione di primavera, circostanze piuttosto favorevoli; e mi feci coraggio d'intraprendere una cura difficile, d'altronde con apparente probabilità di riuscir pur disperata, ma ebbi la consolazione di non avermene a pentire ed il fatto corrispose perfettamente.

Il giorno 10 Aprile in un sol tempo punsi e ripunsi il tumore nel suo asse longitudinale forandolo col trequarti di Chassaignac, e passai un tubo drénage. Stimai preferibile molto più questo che l'altro processo delle punture molteplici ed a distanza; sia perchè molto effetto già non avea dato, sia perchè alle condizioni dell'infermo mal si comportava, a mio credere, un'operazione spesso ripetuta: s'aveano di rincontro i pari vantaggi di evitare l'entrata dell'aria; evacuare il liquido a riprese, e più, il destro possibile di farvi iniezioni nella bisogna. In pochi giorni vennero fuora di fatto litri vari di materia da occorrere molta biancheria per mantenere l'infermo nella necessaria nettezza. L'escreto era d'un siero purulento guasto, e talvolta come sanguinolento. Chimicamente esaminato si trovò composto principalmente di acqua, albumina e vari sali; ed al microscopio furono visti globuli di pus in via di riduzione, e poco numero di globuli ematici disfatti. Le piaghe poi le medicai col solfito di soda, (grammi 30 in 150 d'acqua); ed il trattamento interno fu di solfito di magne-

sia, (grammi 12 per 100 d'acqua) il mattino, e limonea minerale con china e coclearia la sera. Latte ed arrosto per dieta.

Il Pagani a questa cura resistette, e trascorsi alquanti giorni avvertì anzi del sollievo; ciò ne incoraggiò; ed estesi la medicazione solfitica. Cominciai ad iniettare lo stesso solfito di soda nel tumore; lo usai sulle piaghe ed internamente, aumentandone le dosi; ed in questo primo tempo un giovamento ne trassero le località affette, ed il generale di quell'organismo; l'infermo migliorato alquanto acquistò un po' di vigoria, ed in pari tempo diminuiva e cambiava aspetto il materiale, sopra tutto quello dell'ascesso, che non mostravasi più così sciolto, icoroso, e fetente come prima. I solfiti furono perciò seguitati un pezzo soli: ma quindi a poco sopraggiunto una tal quale stazionarietà, e debolezza permanente nell'infermo, pensai calcare un pò su i tonici internamente: connubiai il solfito di magnesia al ferro del Semmola e chinino: questi preparati il mattino, l'altro la sera: al latte feci sostituire il vino; al solo arrosto aggiunsi qualche minestra. Con questo trattamento l'infermo migliorò anche dippiù nelle sue condizioni topiche e generali. Il tumore era ridotto un terzo meno; l'umore sempre meno sciolto, niente putente, e le piaghe, meno la sacro-lombale, immegliate così da presagire vergessero a non lontana ed intera guarigione.

Un fondo sifilitico da combattere ancora era evidente però, sebbene nel momento mascherato, e se vuolsi subordinato ad uno stesso suo effetto, alla Leucocitosi in campo, ch'io sperava poter vincere prima, ma che non mi permise quella specificità. E di fatto apparve gigante e disturbò tutto il buono andamento delle cose e stornolle dalla via regolare di salute.

Le piaghe immegliate coi solfiti novellamente si alterarono, specialmente la sacro-lombale, mostrandosi da capo bavose e come colpite da un certo fagedenismo senza imbarazzo delle prime vie, od altra occasione notevole nell'intervallo. Io cambiai allora la medicatura; ma senza pro fu alternata la posca,

la china acidulata e poi il permanganato di potassa, il nitrato d'argento, la tintura di iodio, il precipitato bianco, il rosso. Lo stesso tumore ricominciò a dare più materia; e le macchie alla pelle, ed i dolori ad espandersi per l'organismo. Fui sollecito di aumentare internamente il ferro ed il chinino per badar sempre alla defficienza dei globuli rossi nel sangue; insistetti anco su i solfiti; ma aggiunsi il ioduro di potassio come ricostituente specifico. E nel tumore, a modificare anche dippiù il processo interno, iniettai il iodio, pria in tintura allungata ed alternata coi solfiti; poi sola ed a gradi portata sino alla formola officinale. Si ebbe qualche giorno di febbre, un po' di delirio; ma poi un certo ridestar di vita in tutt' i punti malati; le forze più rianimate; digestione e vita plastica in generale riabilitata, migliorata, infine crescente su tutta la linea da farne giudicare essere stata una vera reazion iodica quella prima scena, con tolleranza poi e giovamento del rimedio. Era già passato un mese di mia cura, e credeva venirne in porto coll'insistere negli stessi mezzi topici ed interni; eppure non fu così: io dovetti decidermi ad agire anche più efficacemente.

Come nel primo caso, la miglioria fu tosto seguita da una certa passività delle parti malate. Dal tumore, quasi diminuito e ridotto alla metà del primitivo volume, continuò la uscita del solito umore, quando più, quando meno abbondante; le piaghe ai soli trocanteri impiccolite, le altre, e quelle al sacro, se non più espanse, stazionarie come prima, bavose e con molta materia. Io computai per tali perdite quotidiane non potesse l'organismo reggere troppo a lungo, nullostante si trovasse in condizioni d'immegliamento, e con forze alquanto rianimate: stimai dippiù che anche nell'equilibrio di resistenza organica, sicuramente sarebbe stato l'infermo condannato per molto altro tempo a letto. E per quanto fosse stato adagiato per mio consiglio sul *caoutchouch*, e trattato, com'è detto, con esilaranti, ricostituenti e specifici, pure complessivamente la durata del male e del letto datava già da quattro mesi; cosa da do-

versi pure guardare, nè di poco momento. Esaminando e computando tuttavia, riteneva la sola speranza di salvezza, oltre le cure generali specifiche da seguitarsi ed efficacemente, consistesse nel tagliare il tumore interamente, metterne il fondo allo scoverto, e causticarlo: coi caustici trattare pure le piaghe per modificarle profondamente; e medicare in seguito ogni cosa con alteranti e specifici: lo stesso permanganato di potassa, la tintura di iodio e simili.

Era confortato nel mio divisamento per non poter temere più dell' aria nella cavità dell' ascesso, una volta che trattato col drènage, e con le iniezioni, si dovea supporre sicuramente modificato; d' altronde le stesse condizioni generali presenti, rispetto alle passate, non solo permettevano sperare anche meglio, ma ripromettevano probabilità di riuscita sempre che fino al momento avean resistito e tollerato tanto. Non indugiai quindi più ed attuai l' idea.

Il giorno 29 Aprile avendo a guida i punti estremi di uscita del drénage, lungo il mezzo di essi a mano sospesa, tagliai tutt' i tessuti fino al cavo, interessando più strati di quel che l' impressione dello specillo facea supporre. Dovetti arrivare fin sotto il piano profondo muscolare di quella regione per trovare la cavità residuale dell' ascesso, il quale anche ridotto si estendeva dalla 5.ª cervicale alla penultima vertebra dorsale, seguendo la linea di sinistra; passai il fuoco su tutte le ferite ed alle piaghe stesse, e medicai issofatto col percloruro di ferro, o poi col iodio. Vi fu, nel momento e dopo l' operazione qualche perdita di sangue dai capillari dei muscoli recisi; ciò che ne allarmò abbastanza per la perdita stessa delle forze che ne successe; arrogi un delirio, dei movimenti senza scopo che si manifestarono per più giorni, con stupore ed accasciamento tale di tutto l' organismo, da farne quasi in tutto disperare. Però più forte mostravasi il nemico, più coraggio ed energia adoperai. Insistetti su gli analeptici sino a destarne febbre, e vi riescii. Allora le piaghe man mano si

andarono spogliando delle escare, e trattate col iodio apparvero rosse e rigogliose di granuli di buon aspetto; la febbre smise, le forze ripigliarono vigore giorno per giorno, laonde ripresa io stesso intera speranza, seguitai a tenermi al metodo tonico ricostituente e specifico. Aumentai anche più il ferro e chinino, lasciando il solfito; il ioduro di potassio lo portai ad alte dosi col roob antisifilitico; e detti cibo di carne fresca e buon vino.

La reazione locale, ridestata per la vita generale, immegliò sempre e restrinse le piaghe. Nella ferita dell'ascesso non tardò ad affacciarsi un coalito dal lato della spina, e progredì verso il centro; dal lato opposto un po' più lento, per la spalla mossa dall'infermo. Ai trocanteri, alle creste iliache le piaghe con la stessa medicatura iodica erano guarite il giorno 20 Maggio; ed il 30 l'altra più estesa al sacro e ai lombi era pur quasi cicatrizzata, coadiuvata nelle ultime medicature dal linimento del *Trousseau.*

L'ammalato intanto dalla metà stessa di Maggio si levò di letto, cominciò a sedere ad una poltrona, a far qualche passo per la casa; e verso gli ultimi giorni del mese medesimo ad uscire un po' in vettura, far poi la sua passeggiata a piedi; infine divertirsi in città ed a diporto in campagna.

L'organismo ripigliato vigore, la nutrizione rialzata e fattasi rigogliosa, permise bene al Pagani che ripatriasse, decisamente essendo richiesto dalla famiglia. Egli mosse da Napoli ai primi di Giugno, non cicatrizzata interamente la residual ferita alla schiena, ma ridotta piccola e superficiale così da doversi desumere chiusa quanto prima con quella forza di vita che aveva. Le altre piaghe, la dermatosi, gli osteocopi, gl'ingorghi erano già finiti. Il giorno 28 dello stesso Giugno mi scrisse da Milano che era completamente guarito.

Poste le quali circostanze tutte, mi permetto ora riflettere e discutere con breve ragionamento sulle seguenti cose che ho domandato a me stesso.

Era veramente un ascesso linfatico il tumore descritto? Se altro, che rapporto avea con le condizioni generali di quell' organismo? E che nesso vi aveano le stesse piaghe oltre una certa azione meccanica? La sifilide potette produrre con la scintilla di mali acuti i tanti guasti nell' infermo, dalla Lecnocitosi alle piaghe, all' ascesso? I solfiti furono antisifilitici? Che criterio clinico dettero la chirurgia efficace e la cura specifica?

Dalla narrazione si scorge come l' ascesso manifestatosi quasi d' un colpo era ben lungi dal dirsi linfatico, anche considerandolo idiopaticamente. — Un organismo con fondo discrasico sifilitico che ha sofferto un male acuto febbrile piuttosto intenso, un' infiammazione cioè nel mantice della vita, e poi pel terreno stesso del plasticismo; ch' è ridotto quasi cadavere; che supera questi malori; e che in mezzo ad essi si vede con manifestazione improvvisa di ascesso che va fino a sterminata mole, è da dirsi più che ascesso linfatico a seconda del *Delpech* (1) e *Jamein* (2) ascesso vero spontaneo. Vuol dire che un vero cataclisma, o *crisi degli antichi* s' ebbe a verificare; nè compensato interamente l' organismo dalle stesse metamorfosi riduttive e molteplici dei mali acuti pregressi, anzi posto in condizioni debolissime di ricambio regolare di elementi organici, epperò più depauperata la vita plastica, essersi obbiettivata con esplicazione più ampia compensativa, atta perfino a distruggerne l' individuo se tanto fosse stato l' affievolimento nella somma delle forze vitali. Quest' ascesso s' è dunque diverso dal linfatico, che in verità si fonda pur su di un sostrato organico debole, ma che a gradi si manifesta, anche in mezzo alle

---

(1) Dalpech-Prècis élementair des maladies rèputeé chirurgicales — Tom. 1. pag. 60. Paris 1856.

(2) Jamain. Manuale di Patologia e di Clinica Chirurgica — Traduz. di Amabile e Vernicchi. Vol. 1. pag. 56. Napoli 1859.

apparenze d'una buona salute, e che per lo più tiene ad alteramento nel sistema linfatico ghiandolare tutto proprio. L'uno e l'altro in ultimi termini han base non diversa, ma varia esplicazione, decorso, terminazioni; ed il linfatico, idiopatico, sintomatico, rappresenta direi quasi il morbo in se, il subitaneo n'è l'esponente ultimo e riflesso, il quale vince la vita ed uccide, se le stesse forze naturali o sussidiate dall'arte non l'equilibri e superi. Or nel caso in esame io tengo per esattezza diagnostica aver avuto a fare con un vero grande ascesso spontaneo.

E ciò fermato, se si volesse domandare ancora e vedere: in che nesso logico e relazione si trovasse quest'ascesso con le stesse condizioni generali dell'organismo, e queste fra di loro? In altri termini se la sifilide nell'organismo dell'infermo potette promuovere quel dissesto, in apparenza, prodotto vicino dei mali acuti, e più che coadiuvare alterare potette ancora per se quel plasticismo, ed oltre gl'ingorghi, i dolori, la dermatosi, favorirne le leucocitosi, le piaghe, e l'ascesso stesso? (perciò fino ad un punto sua medesima estrinsecazione e compenso?). Non indugerei a rispondere per l'affermativa come fo, accettando tal sentenza, post'anco mente a quanto ne dicono il *Virchow* (1), il *Beaumstead* (2), il *Langlebert* (3), il *Lèe* (4), lo *Sperino* (5), ed in generale quasi tutt'i recenti scrittori di cose ultime di Sifilografia nell'Italia e nell'estero.

Che se inoltre debbesi con i più sani dettami d'Istologia e fisiologia normale e patologica emettere un ricambio ed una sostituzione continua della materia organica in tutte le

---

(1) *Virchow*. Siphilis costitutionelle. Paris 1860.

(2) *Beaumstead*. Malattie veneree trad. Milano 1864.

(3) *Langlebert*. Maladies veneriennes. Paris 1844.

(4) *Lée Henri*. Études sur la siphilis trad. Paris 1864.

(5) *Sperino*. Studi clinici sul virus sifilitico. Torino 1863.

sue metamorfosi componenti e riduttive? *Virchow* (1), ne vi si può negare la cattiva influenza delle malattie, su tutto virulente, deviandole dall' unità tipo e fisiologica, *De Sanctis* (2), *De Martini* (3), *Virchow* stesso (4); significa che la sifilide ha potuto pria delle malattie acute, e dopo massimamente predisporre, e coadiuvata, produrre tra l' altro la leucocitosi, le piaghe e l' ascesso stesso spontaneo. Arrogi che per la medesima legge citata debbesi poco per volta, e quindi dopo un certo tempo vedere ogni elemento espulso dal corpo, specialmente se nocivo; ciò che veramente la osservazione ben intesa fa vedere, e la clinica positiva conferma ed ammaestra tutto giorno.

Le piaghe infine, anche volendosi guardare al decubito, non potettero che avervi la sola occasione di origine, ma essere tanto restie a guarigione, mostrare or d' essere serpiginose, or con certo fagedenismo; non cedere che a cure specifiche, tutto conclude in favore alla stessa idea. Dici così degl' ingorghi gangliari, della dermatosi, degli osteocopi, medesimamente in iscena, e si avrà per ogni verso in complesso il suggello al pensiero diagnostico enunciato e dimostrato adesso; e cioè che la sifilide costituzionale influenzò seriamente sul tessuto sangue, vi produsse i leucociti e si esplicò tra i varii modi nelle piaghe perfino e nell' ascesso.

E passando all' azione dei solfiti, ed al criterio clinico-terapeutico desunto da essi e dai vari mezzi e cure praticate io dirò quanto pur è risaputo, ma che ha coincidenza e riflesso al fatto mio.

---

(1) *Virchow*. Patologia cellulare. trad. Cap. IV. Milano 1864.

(2) *De Sanctis*. T. L. Patologia Generale Chirurgica. Tom. 1.° Napoli 1852-58.

(3) *De Martini Antonio*. Guida di Patologia Generale e di Fisiologia Patologica. Napoli 1864.

(4) *Virchow*. Patol. Cellul. di Mugno trad. Ibid.

I solfiti dopo i diversi lavori e le diverse opinioni emesse in seguito del suo scovritore *Polli*, sembrerebbe venissero accettati nella scienza e nella clinica come modificatori massimamente di talune secrezioni guaste, tendenti alla putrescenza, ed all' infezione putrida generale; epperò internamente anche amministrati coadiuverebbero forse quest' azione. Or nel campo chirurgico vanno usati a preferenza su tutto in forma d' iniezioni per lavare piaghe, ascessi, fistole ecc., d' indole più o meno sinistra, e che potrebbero originare, come spesso fanno, un centro di infezione putrida o fermentativa. Nè qui entro a discutere di questi processi putridi e fermentativi, e se in questi giovi più o solo rispetto all' altro, o viceversa giusto la idea del *Semmola* (1). Nè parlo se veramente quest' autore (2) abbia ragione con *Maraglio* (3) contro *Polli*, il quale non ne riconoscerebbe il terreno di applicazione, così come i primi altri pratici sperimentatori vorrebbero e farebbero. Per me, a dirne di lato, ritengo che se veramente quei solfiti producono un giovamento ed hanno un' indicazione, è appunto nel produrre un cangiamento, e spesso più che cambiamento una modificazione o sosta nel processo di putrescenza che suole verificarsi in molti focolai d' infezione, specialmente siti verso la periferia dell' organismo, epperò più lontani dai centri vitali, perchè non siano questi addentati con perdita probabile dell' individuo. Altro di più vero non è peranco fermato, e questo io stesso confermai spessissimo, oltre il caso in questione, nella clinica civile e militare di varie Città d' Italia da essermi

---

(1) *Semmola Mariano.* Nuovi studi di Farmacologia e Terapeutica intorno i solfiti. Parte prima Morgagni Anno VII. Dispensa 1. Napoli 1860.

(2) *Semmola M.* Nuove ricerche sull' azione Terapeutica dei solfiti. Memoria letta all' Accademia Medica Francese. 1864.

(3) *Maraglio Agostino.* Dubbi sulla teorica delle fermentazioni ed efficacia dei solfiti. Memoria letta all' Ateneo di Brescia. 1864.

giuocoforza convenire tra gli altri col *Maraglia* e col *Semmola* medesimo.

E per non deviare dippiù: nel nostro infermo l'azione dei solfiti topicamente usata nelle piaghe, ed in quel vasto cavo di ascesso, sicuramente ne modificarono la secrezione guasta che vi si verificava; ed indirettamente ne fu giovato l' organismo così mal ridotto, anche se vuoi, coadiuvato dall' uso interno che in pari tempo facevasi dello stesso preparato. Che se con ciò in essi si volesse vedere l' azion tonica ed antisifilitica, io recisamente la nego non sapendo dipartirmi dall' idea emessa e nel fatto concreto comprovata. Giovarono quindi alla putrescenza, ripeto anche una volta, modificando la secrezione guasta di quelle località; il centro d'infezione fece sosta perciò; e le condizioni generali migliorarono. Il miglioramento fu nel solo scopo d'impedire la completa corruzione e lo sfacelo, e permettere che altri mezzi più diretti, positivi e sperimentati rifacessero l' organismo. I mezzi ricostituenti e specifici ci vollero per guadagnare sulle forze e sulla sifilide; senza di che sarebbesi speso tempo indarno, e forse la vita di quell' infermo sarebbe rimasta spenta, se si fosse stato corrivi a perseverare nel solo uso dei solfiti. La stazionarietà avuta la prima e la seconda volta, giusto la storia, fa eco al mio dire, e più eloquentemente dimostra in che si limitarono i solfiti, e se valsero il ferro, il chinino il ioduro di potassio a superare la partita.

E qui è d' uopo ancora si noti come le prescrizioni s' incontrarono al giovamento dell' infermo, e come fu ben marcata l' azione speciale dei singoli farmachi. I solfiti difatto, dapprima usati, impedirono al processo putrido che andasse innanzi, dando campo direi quasi alla macchina di equilibrarsi. I tonici (ferro, china) che furono usati dopo e seguitati in aumento, ne ridestarono le forze, e migliorarono il terreno ed il plasticismo in generale: ed i specifici (ioduro di potassio salsaparilla, roob) che unito ai primi guadagnarono quella specificità fugando e vincendo completamente il nemico.

Appare dunque che i solfiti non furono antisifilitici nè tonici, e che la sifilide d' altra parte, combattuta dopo aver rialzato le forze, ed eliminato un centro putrido, fu che decise della vita dell' infermo; e tutto questo conferma il già detto innante, e controlla la vera ragione di essere del male e delle indicazioni razionali di cura.

Mi passo poi sopra ai mezzi cruenti adoperati e nei vari tempi della malattia, perchè già vi ragionai, parlando della storia quanto alle sue indicazioni, e perchè hanno appoggio nella clinica, e rispondenza nel fatto stesso discorso.

In casi culminanti, io conchiuderò, se non si debb' essere azzardato, non bisogna esser timido; e viste, e ragionate bene le cose, carpire il momento, e compensare con mezzo medico, poniamo ogni cagione in atto, come la sifilitica nel caso messo, ed eseguire senza indugio qualunque operazione, anche mischiando metodi e processi, ed usando delle vedute di vecchia e moderna chirurgia. Il razionalismo in breve, nella stessa clinica è parte fondamentale e precipua al diagnostico, ed alla cura: ma l' eccletismo nell' uso dei vari mezzi indicati è pur senno clinico eminente e criterio pratico nella lotta con un morbo più o meno ferale. La sifilide nel caso in questione non si sarebbe diversamente combattuta, nè sì prestamente vinta.

Napoli, Luglio 1865.

SUNTO DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Ortopedia. — Sulla scoliosi, o deviazione della colonna vertebrale. — Memoria del Prof. Eulemburg di Berlino. (continuazione V. pag. 129).

IX *Prognosi.* — 1.° Una scoliosi abituale e constatata, nel suo esordio, potrà essa arrestarsi *spontaneamente* od an-

che disparire? 2.° Può egli ottenersene l'arresto o la guarigione con una cura razionale? e ciò in quali condizioni?

Tali sono le questioni capitali che l'A. crede di dover risolvere.

1.° Migliaja di osservazioni gli provarono che la opinione di un arresto o di una guarigione spontanea è un errore radicale, e che, se il fatto fu osservato, ciò è straordinariamente raro. Pressochè tutte le scoliosi abbandonate a sè stesse, ed osservate più tardi, avevano grandemente progredito; e in molti casi, dapprima ancora immuni dalla deformazione ad angolo, questa si sviluppò. Egli pervenne a concludere che ogni scoliosi abituale abbandonata a sè, progredisce per regola generale fino ad un grado di deformazione; della quale non si possono fissare i limiti; non si può nemmeno contare sulle apparenze di una costituzione robusta, nè sulla integrità ed armonia di tutte le funzioni. Certi elementi, del rimanente, esercitano una influenza marcata sui progressi della scoliosi: *a*) innanzi tutto il *sesso feminile;* in questo i progressi sono senza confronto più rapidi. La comparsa dei mestrui non ha che una importanza affatto secondaria, dappoichè, nella pluralità dei casi, la scoliosi avea già raggiunto un alto grado *prima* della pubertà; è questo un fatto sorretto dalla esperienza giornaliera. — *b*) In modo assoluto, la scoliosi aumenta colla continuazione degli atteggiamenti viziati, cioè dell'azione muscolare abituale, sotto la di cui influenza, aveva sua origine la deviazione. — *c*) Molto frequentemente, i morbi acuti e talora anche i cronici, più tardi anche delle cause morbose possono determinare una maggiore rapidità di progresso: ad es. stato puerperale — *d*) Una costituzione debole, il rapido accrescimento del corpo. — *e*) Infine l'ereditaria influisce d'assai, anche per parentela collaterale. La scoliosi progredisce d'ordinario lentamente dal sesto anno fino al momento in cui finisce l'accrescimento del corpo, ed anche al di là; è dai 20 ai 30 anni che rimane spesso stazionaria, a meno che non

s' aggiungano influenze pregiudizievoli. L' ultimo limite è l' anchilosi delle vertebre.

2.° La scoliosi abituale può non solamente venire arrestata, ma guarire radicalmente con una cura razionale; ma la condizione *sine qua non* si è, che questa cura sia praticata fino da principio, in epoca cioè, che le curvature sieno ancora alquanto mobili; se v' ha anchilosi, nulla più si ottiene.

Il pronostico è molto favorevole per la scoliosi reumatica; lo è del pari per le complicazioni dovute alla paralisi di certi muscoli dell' omoplata, in quanto essa non dipende da turbamento grave dei centri nervosi. La scoliosi empiematica, se non è troppo vecchia, può raramente guarirsi, ma essere migliorata.

X *Profilassi e Terapia.* — Dopo di avere mostrato come l' uso del corsetto, al quale quasi sempre troppo presto si sottopongono le fanciulle, possa esercitare una influenza dannosa sullo sviluppo e sui progressi della scoliosi, l' A. passa allo studio delle indicazioni seguenti:

1. Esaminare e combattere le condizioni, che nella costituzione generale del corpo, possono predisporre alla scoliosi; 2. evitare le cause occasionali fondate sull' atteggiamento vizioso; 3. curare i muscoli malati; 4. ristabilire la medesima altezza da ambedue i lati, nelle cartilagini intervertebrali e nelle vertebre.

Se finora avevasi riconosciuta la importanza di farmachi generali, agenti su tutta la costituzione, gli è perchè si ammise l' affezione scrofolosa, come causa di scoliosi; attualmente, noi già vedemmo che la scrofola non ha mai un rapporto immediato colla scoliosi abituale. Può, egli è vero, preesistere o svilupparsi nel corso della scoliosi qualche sintoma della scrofola; questa coincidenza, del pari che per altre affezioni croniche, può aumentare la scoliosi, pel solo fatto che essa turba la vita vegetativa e produce od aumenta la debolezza muscolare. V' ha di più; supponiamo, ad es., la scrofola loca-

lizzata nella flogosi ed ulcerazione delle glandole mascellari, ascellari o inguinali; l'ammalato potrà, pel dolore, essere costretto a tenersi in un atteggiamento vizioso, che egli manterrà, provocando così una scoliosi abituale od aumentando la scoliosi preesistente. Ebbene; in questo caso la scrofola non sarà stata che causa occasionale; ed i muscoli pei quali fu dato al corpo l'atteggiamento, saranno la causa prossima. Qui, evidentemente, i rimedii detti antiscrofolosi saranno indicati; ma tale complicazione è delle più rare.

Al contrario, l'elemento costituzionale, quando traducasi in una debolezza muscolare generale, addomanda cura confortativa e generale. Si ricorrerà quindi meno ai rimedii farmaceutici che agli igienici; buona aria e nutrimento sano; si prescriverà un metodo regolatissimo di vita, misurando le ore del sonno e della veglia, facendo evitare gli *sforzi* di applicazione durante l'insegnamento, moderando il moto e il riposo, sorvegliando le funzioni di ogni sistema. È questo il caso, quando specialmente la scoliosi è avanzata ed ha prodotto dei turbamenti nella respirazione, circolazione, ecc. La osservazione giornaliera permette all'A. di enunciare questo primo aforisma importantissimo: *Anche nel suo primo periodo, la scoliosi abituale non può essere guarita unicamente dalla cura della debolezza generale o di una malattia costituzionale; ma è d'uopo inoltre, per raggiungere questo scopo adottare una terapia diretta.*

Ciò si otterrà coll'adempimento alle altre indicazioni, menzionate più sopra, e anzitutto della seconda, cioè: dare all'affetto da scogliosi un atteggiamento regolare del corpo. Egli non crede, con *Werner,* che vi si perverrà sgridando e castigando i fanciulli, ma invece con la pazienza e con una sorveglianza continua.

Si dovrà, quanto più spesso si potrà, cercare di raddrizzare il segmento della colonna incurvata; applicare la mano sulla convessità della curvatura ed esercitare una pressione e

rotazione progressiva; poi si ridurrà il fanciullo a conservare volontariamente l' atteggiamento normale così ottenuto. Questa difficoltà, per l' ammalato, cresce proporzionalmente al grado di debolezza dei muscoli flessori laterali, situati in questa convessità.

Spesso s' incontra il seguente ostacolo: nell' esordire della scoliosi, alcuni fanciulli non conoscono la loro deviazione, e di conseguenza non vogliono ammetterla; anche allora che si raddrizza la loro colonna vertebrale, credono che le si dia una direzione *viziosa;* nel qual caso converrà, mediante uno specchio doppio, cercare di dimostrar loro l' errore; la pazienza e la costanza sono due qualità essenzialmente necessarie al medico.

I *bagni roboranti* non hanno che un' azione molto limitata ed agiscono specialmente sulla costituzione generale. Le *doccie fredde* possono giovare sui muscoli rilassati, ma solamente come mezzo coadjuvante. Le *frizioni spiritose* sulla regione di questi muscoli devono la loro riputazione più all' azione meccanica della frizione che alla natura della sostanza adoperata. La *moxa* ed *altri rimedii,* usati per eccitare i nervi e per produrre delle secrezioni derivative, sono mezzi buoni nei processi di essudamento, e nelle paralisi che da questi dipendano ma inutili nella debolezza muscolare locale; che è la essenza della scoliosi abituale. Innanzi tutto, trattasi di *sapere ben precisare* quali sono, in un dato caso, i muscoli sui quali vuolsi agire (V. Cap. IV.) Trattasi adunque di: *adottare delle forme di movimento per le quali i soli muscoli indebolitisi siano messi in azione, rimanendo in riposo i loro antagonisti.* A questa medicazione rispondono pienamente i movimenti trovati dallo svedese Ling, e che questi designa col nome di *metà attivi (sic)* o *specifici attivi.*

Sfortunatamente, questi movimenti sono ancora poco conosciuti. Per far apprezzare la importanza fisiologica del loro effetto, prendiamo un esempio: supponiamo il bicipite brachia-

le indebolito, sani i suoi antagonisti, il bicipite e il brachiale interno: trattasi quì di far agire il solo bicipite. Ciò si otterrà in due modi: 1. il medico-ginnasta collocherà il piatto della sua mano sulla superficie esterna dell' avambraccio *flesso*, vicino al carpo, ed opporrà una resistenza proporzionata alla forza del tricipite dell' ammalato, mentre si sforzerà, con una contrazione volontaria del tricipite, di estendere lentamente l' avambraccio; ovvero il ginnasta appoggierà il piatto della sua mano sulla superficie dell' avambraccio *disteso*, presso il carpo, e cercherà ridurlo lentamente alla flessione, mentre, al contrario, l' ammalato, contraendo volontariamente il suo tricipite, cercherà di mantenere l' avambraccio disteso. In ambedue i casi, l' attività dell' ammalato è limitata al tricipite; il che può verificarsi toccando i muscoli nel caso dell' esperimento, durante il quale gli antagonisti rimangono rilasciati: questo risultato è dovuto semplicemente a ciò che la mano del ginnasta assume la parte che incombeva agli antagonisti.

Questo metodo ginnastico presenta vantaggi che meritano di essere valutati. E difatti, i movimenti possono essere costantemente misurati, così riguardo alla loro intensità che alla loro estensione; la mano *conduttrice* del ginnasta è il miglior mezzo di sorveglianza; si può giungere fino alla contrazione la più energica, riconoscere sul momento se la energia del movimento è proporzionata alla forza del muscolo malato; ed in vero, dacchè la mano del ginnasta sente che i muscoli sono presi da scosse e da tremore (la menoma vibrazione può essere sentita), il movimento è irregolare o esagerato. Di tal modo si evita anche ogni pericolo di sforzi troppo grandi, temibili in più di un malato. Tutti questi movimenti devono esser fatti lentamente e tranquillamente *crescendo et decrescendo*, non mai facendo seguire una contrazione da un improvviso rilasciamento. Un altro vantaggio di questi movimenti, è la loro semplicità; ciascuno può produrli, mentre gli esercizi ginnastici esigono una disposizio-

ne particolare, e d'altronde, non raggiungono lo scopo, che è quello di agire specialmente sopra *certi* muscoli. Di più, siccome in questi movimenti, tutto il corpo, d'ordinario, non subisce sforzi, nè la respirazione e la circolazione si accelerano, essi sono meno faticosi e possono essere anche applicati senza inconvenienti a fanciulli deboli.

Oltre all'effetto locale che producono questi movimenti specifici, essi esercitano un'altra azione giovevole al benessere generale, alla sanguificazione, allo scambio molecolare nella intimità de' tessuti, ecc.; questa azione, l'A. potè osservarla in tutti i malati sottoposti alla ginnastica svedese. Questi esercizi, d'altronde, non sono nojosi pei malati, astretti a concentrare tutta la loro attenzione sul movimento che devono ottenere: la maggior parte dopo accusa benessere, e se per accidente, la noja viene a diminuire l'interesse che vi prendevano da prima, è dovere del ginnasta di *variare* i movimenti; il metodo di Ling è, in questo rapporto, pieno di spedienti.

(continuerà).

NOTIZIE EDITE

Patologia e Terapeutica Medica

Sulla trasmissibilità della sifilide mediante la vaccinazione, *discussione tenutasi nell' Accademia di Medicina in Parigi.* — Riassunto con Note del dott. *P. Schivardi.*

Una grande quistione si è dibattuta nei primordii di quest'anno all'Accademia Imperiale di Medicina in Parigi, importante per l'argomento su cui vergeva, e per gli oratori che vi presero parte. Riassumere alquanto estesamente l'ampia discussione che vi ebbe luogo, mi parve cosa commendevole, per vedere qual utile ne possa venire alla scienza ed al paese nostro in particolare, che più degli altri ebbe a soffrire dalla sifilide vaccinica. L'argomento abbraccia troppi punti della scienza, per non interessare egualmente tutti i cultori dell'arte salutare.

La causa che spinse quella dotta assemblea alla discussione fu la seguente: L'Accademia ha una commissione permanente per il vaccino ed un direttore, il quale trasmette il virus a tutta la Francia, e vaccina egli stesso nel locale dell'Accademia due volte la settimana quanti si presentano. Già da lungo tempo quest'uffizio è tenuto dal dott. *Depaul*, il quale ogni anno trasmette al Ministro di agricoltura, commercio e lavori pubblici, un rapporto amministrativo sullo stato delle vaccinazioni in tutto l'Impero. Al rapporto del 1863 avea aggiunto un lavoro, risultato di ricerche speciali, domandando all'Accademia di poterlo trasmettere al Ministro con quello come un rapporto solo. Eccolo in succinto.

Il relatore comincia col rammentare come il vaccino abbia subìto la sorte di tutte le grandi scoperte, vantato a oltranza dai suoi partigiani, vivamente attaccato da altri; i primi lo presentavano come un metodo infallibile e incapace di produrre alcunche di male, gli altri lo accusavano di mali numerosi, e dichiaravano che era immensamente pericoloso l'introdurre nell'organismo un virus preso nella specie umana o nell'animale. Per essi non era dubbio che potesse trasmettere il principio scrofoloso, erpetico, sifilitico.

Dopo 60 anni di studio e di esperienza, ora che le passioni ebbero campo di calmarsi, si può convincersi che vi erano grandi esagerazioni dalle due parti, e oggi quasi generalmente si ammette l'utilità delle rivaccinazioni, per quanto queste pure siano state combattute dai fanatici del vaccino, che per aumentare il prestigio ne aveano proclamato l'inviolabilità, e non volevano ad alcun patto portare attacco alla sua riputazione.

Percorrendo tutto ciò che fu scritto dai detrattori della scoperta di *Jenner*, è difficile di non ammettere che fatti simili a quelli, che avvennero ad un'epoca più vicina, non si siano allora prodotti e che la *cowpox gale*, e la *cowpox ulcer* non possono essere ritenuti come dipendenti da sifilide. Mancano solamente i dettagli sufficienti, e perciò restiamo nel dubbio.

Invece ora, prosegue il relatore, noi abbiamo fatti che ci pajono più concludenti, e che sembrano stabilire che prendendo vaccino su d'un individuo colpito da sifilide, si possa nello stesso tempo e nella stessa pustola attingere il principio sifilitico. Ecco questi fatti.

I. Quello del dott. *Gaspare Cerioli*, pubblicato per la prima volta dal prof. *Barbantini* di Lucca (1). Una trovatella di tre mesi fu vaccinata con

---

(1) Veramente è proprio il contrario che è avvenuto. Fu *Cerioli* che rendendo conto dell'opera classica del *Barbantini* sulle malattie veneree, negli *Annali Universali di Medicina*, Luglio, 1821, a pag. 35, narrò per la prima volta in esteso il caso suo, che fu poi in seguito riportato dal *Barbantini*.

vaccino preso su d'un bimbo di buon aspetto, e che continuò ad esserlo. Delle pustole regolari si svilupparono e servirono a inoculare quarantasei altri; sei dei quali ebbero pustole normali, con cui si inocularono altri cento bimbi. Questi ultimi non presentarono alcun sintomo sifilitico; in quasi tutti i primi si osservarono sui punti, ove furono praticate le punture, delle ulceri ricoperte da croste permanenti e delle ulceri indurite. Più tardi apparvero ulceri alla bocca ed alle parti sessuali, eruzioni di croste sul cuojo capelluto macchie cupree, oftalmie. Nè il sistema ghiandolare, nè l'osseo furono risparmiati. Questi fenomeni si comunicarono alle nutrici ed alle madri dei bimbi. Una Commissione sanitaria si recò sul luogo, che scelse a segretario il dott. *Cerioli*; essa constatò la natura sifilitica dei fenomeni presentati dai bimbi e dalle nutrici. Accolti all'Ospitale vi furono curati col sublimato internamente e con frizioni mercuriali; diecinove bimbi morirono per tabe, gli altri si ristabilirono più o meno rapidamente, conservando tuttavia una grande debolezza negli arti inferiori.

II. Nel 1860 il prof. *Cerioli* comunicò al dott. *Viennois* un altro caso avvenuto nel 1841 (1). Un bimbo P. C. nei contorni di Cremona, nato da

---

Il medico condotto di un paese vicino a Cremona vaccinò la trovatella Marta, alla metà del Giugno 1820, che *Galeno, Ippocrate ed Esculapio*, dice *Cerioli, avrebbero ritenuta sana*, e con essa innestò il vaccino ad altri quarantatre. Sei non ebbero nulla, gli altri furono infetti. Non poche nutrici ne furono prese. In Marta al posto delle punture manifestaronsi *ulceri icorose, che rimasero aperte un mese circa* e poi guarirono da se, senza cura, e *Cerioli* dice *che essa era dotata di poca suscettività a sentire l'azione del contagio venereo.*

(1) Questo era già stato pubblicato da *Tassani*, chirurgo cremonese, in un articolo della *Gazzetta Medica di Milano* 1843, 14 Ottobre, col titolo: *Importanti fenomeni osservati in seguito ad innesto di vaccino*, e che non è che la storia con osservazioni di quel fatto. Il P. C. era stato inviato al Brefotrofio di Cremona per essere innestato, e servir poi di vaccinifero. Delle sessantaquattro persone cinquantacinque erano bambini, ventinove adulti Morirono otto dei primi, due dei secondi.

P. C. visitato dopo da *Tassani* avea un eruzione cutanea: che egli non ritenne sifilitica; la madre era sana, il padre aveva avuto commercio con donna notoriamente sifilitica, ed all'epoca delle vaccinazioni avea *ulcerazioni allo scroto*. La bambina che servì a vaccinare P. C. fu sempre sana.

parenti sifilitici, ma che non presentava sintomi apparenti, servì ad innoculare molti altri, e sessantaquattro persone ne furono contaminate. Il primo fenomeno fu un'ulcerazione delle punture, seguita da macchie cupree sul corpo con ulcerazioni alle anche, alle parti genitali, all'ano, alla bocca. La malattia non venne riconosciuta in principio, e non venne che lungo tempo dopo che i mercuriali furono somministrati. Cinquantaquattro persone guarirono, otto bimbi e due donne soccombettero.

III. Nella *Medizinische Zeitung* di Berlino, aprile 1850, si trova consegnato un altro caso. Durante l'anno 1849 nella città di R..... scoppiò il vajuolo, e si fecero numerose vaccinazioni. Dieci famiglie subirono questa operazione dal 14 al quindici febbrajo, e quasi tutti i loro membri ammalarono. Dopo tre o quattro settimane apparvero simultaneamente al posto delle punture delle ulceri con tutti i caratteri sifilitici, e qualche tempo dopo seguirono manifestazioni secondarie. Le persone colpite erano in numero di diecinove e fra gli 11 e i 40 anni, per cui era impossibile di sospettare la moralità della maggior parte di esse. Sul bimbo che avea servito alle vaccinazioni, e che sembrava sano in quel momento, comparvero più tardi fenomeni sifilitici e morì sei giorni dopo.

IV. Un bimbo di sei anni fin allora sempre sano si vaccinò in Irlanda. Al posto della puntura si sviluppò un'ulcera, a cui sègui un'eruzione generale che durò diversi mesi (*Medical Times*, 2 Agosto 1858).

V. Altra bimba, di 3 anni, vaccinata che fu, offrì gli stessi sintomi (*Third Report of the Hospital of Manchester*, del dott. *Whitehead* del 1859).

VI. Il dott. *Hübner*, medico a Hollfeld in Baviera, vaccinò otto bambini tutti sani, come i loro genitori. Stando alla deposizione dei parenti i risultati della inoculazione sarebbero stati diversi dagli ordinarii, poichè al luogo delle punture si svilupparono ulceri e pustole nel resto dell'organismo. Tre mesi dopo la maggior parte dei bimbi non offriva più ulceri, ma delle elevatezze piatte o verucose alle parti genitali. Altre eruzioni ebbero luogo più tardi (*Gazette Hebdomadaire*, 1855).

VII. ed VIII. Sono due altri casi importanti e degni di fede, del dott. *Lecoq* di Cherburgo. Nel 1858, il 4 Maggio, un soldato appartenente alla fanteria di marina fu rivaccinato insieme con più compagni. La linfa fu presa da belle pustole vacciniche che portava un altro militare, il quale tre mesi prima avea avuto un'ulcera infettante. Nei primi otto giorni l'operazione sembrava fosse mancata; al luogo delle punture vi avea una leggera irritazione ed un punto nero contornato da un cerchio rosso assai pronunciato con calore, prurito. A poco a poco apparve un'ulcerazione che si estese, si scavò e produsse allora un vivo dolore. I bordi erano tagliati a picco, la base indurita, i gangli ascellari ingorgati. Più di un mese fu necessario per la

cicatrizzazione, e poi la salute generale del soldato si alterò e ricorse all'Ospitale. Ivi soffrì sul suo corpo un'eruzione mista di prurigine, lichene ed acne, vi fu curato con bagni alcalini e uscì. Ma dopo alcuni giorni ritornò con un'eruzione più caratteristica. Erano numerose placche di psoriasi con una tinta cuprea, erano croste d'impetigine al cuojo capelluto, erano gangli cervicali ingorgati e rossore alla faringe. Sublimato e joduro di potassio lo guarirono. — Col medesimo virus e colla stessa lancetta un altro soldato fu in quel giorno pure vaccinato ed ebbe lo stesso esito (*Gaz. des Hôp.*, 24 dicembre 1859 .

IX. Ora eccoci alla dolorosa storia di Rivalta in Italia. Verso la fine del Maggio 1861 il dott. *Coggiola* avea vaccinato con del virus a lui inviato in un tubo dal conservatore del vaccino in Acqui, un bambino di 11 mesi. Dieci giorno dopo si servì di esso per inoculare in una sola seduta quarantasei bimbi, e dopo dieci giorni altri diciasette bimbi furono vaccinati col pus di uno dei quarantasei. La cifra dei vaccinati si elevò così a sessantatre e su questo numero quarantasei rimasero più o meno infetti. Il dott. *Ponza*, conosciuto il fatto, accorre al Congresso medico riunito in Acqui, il quale nomina una Commissione che si rechi sul luogo (1). Sette bimbi erano già morti senza cure e quando si stabilì una cura specifica quattordici erano in via di guarigione, tre in pericolo. La Commissione non potè però esaminarne che 23, gli altri essendo dispersi in varie località.

---

(1) La Commissione nominata dal Congresso d'Acqui si componeva dei dottori *Parola, Massone, Ponza, Silventi, Grillo e Pacchiotti*, relatore. Essa trovò il vaccinifero Chiabrera, quello che servì a vaccinare i quarantasei bimbi, vivo, ma in istato di marasmo; il secondo vaccinifero morto di ignota causa; che una cura specifica consistente nell'uso esterno dell'unguento napolitano ed interno del joduro di potassio nel sciroppo di salsapariglia era già in corso e portava buoni risultati. Esaminò il padre del Chiabrera, che si disse molto dedito alla venere vaga, e lo trovò sano, ed ebbe da lui assicurazione che non fu mai infetto. La moglie pure non presentava alcun segno di specifica affezione. La Commissione fu unanime nell'ammettere in quei bimbi sifilide vaccinica, ma non seppe trovare donde provenisse la sifilide del Chiabrera. In seguito si seppe, in occasione di una quinta visita del dott. *Pacchiotti* a Rivalta, che Chiabrera era stato infetto due o tre mesi prima della sua vaccinazione dal seno di una nutrice, che l'aveva allattato accidentalmente. Due altre Commissioni furono inviate a Rivalta, una dal Prefetto ed una dal Ministero e tutte constatarono la sifilide vaccinica.

X. Nel corso dell' anno scolastico 1861-62 un altro fatto interessantissimo avveniva nella clinica del prof. *Trousseau* all' Hôtel-Dieu a Parigi. Una giovane di 18 anni entra nell' Ospitale per un' affezione uterina e con nessuna traccia di sifilide. Essendo scoppiata un' epidemia di vajuolo, la si fece rivaccinare. Quattro altri bambini lo furono con essa e collo stesso pus; questi non presentarono nulla d' abnorme, quella una vera infezione.

XI. Nella seduta del 26 agosto 1863, *Chassaignac* presentò alla *Société de Chirurgie* un bambino di 2 anni, che dopo essere stato vaccinato offriva segni indubbii di recente infezione; mentre che era allattato da sua madre, che era sana, e si poteva escludere qualunque altra provenienza del virus.

XII. Due fatti dello stesso genere furono recentemente (1864) presentati all' Accademie de Médecine, dai dottori *Devergie* ed *Hérard*, e sono consegnati nel suo Bullettin (tom. XXVIII. p. 664).

XIII. Nella seduta dell' undici ottobre 1864 il dott. *Viennois* alla stessa Accademia facea conoscere due altre osservazioni dovute al dott. *Adelasio*, vice-conservatore del vaccino a Bergamo (1).

XIV. La Gazette des Hópitaux nel suo num. 124 del 22 ottobre 1864 inserì un' osservazione ad essa trasmessa dal dott. *Sébastian* di *Béziers* in Francia. A lui si era presentata una donna con un bimbo vaccinato, pregandolo di voler con esso innestare gli altri due che seco conduceva. Nel mentre il dottore raccoglieva il vaccino, per fare al secondo bimbo l' ultima puntura, il vaccinifero fece un movimento e la punta della lancetta penetrando

---

(1) Nel maggio 1862 il dott. *Quarenghi* vaccinava in Torre dei Busi presso Bergamo sei bambini con vaccino estratto da un bimbo apparentemente sano e figlio di genitori sani; e con uno di questi sei ne innestava altri cinque, e con uno di essi altri tre. Rimasero infette ventitrè persone, quattro bambini morirono. Risulta dalla relazione del dott. *Adelasio*, conservatore del vaccino a Bergamo, che in tutti le pustole vacciniche alla caduta delle croste mostrarono ulceri, che durante la vaccinazione non vi fu perdita di sangue. Quanto al vaccinifero si dice che avesse avuto un' eruzione. *Adelasio* però lo trovò sano, tuttavia ha la convinzione morale che fosse sifilitico. Altri (vedi il lavoro critico del dott. *Orlandini* in questa Gazzetta, n. 18 del corrente anno) sostengono invece che fossero i bimbi della prima serie in istato di sifilide latente.

Adelasio narra anche un altro fatto avvenuto da poco in Almè presso Bergamo, dove il medico condotto trasmise la sifilide in due bambini vaccinandoli e servendosi della propria figlia, che avea contratto ad insaputa del padre la sifilide da una nutrice mercenaria.

più profondamente, colorì di sangue il virus che inoculò. Ventidue giorni dopo la pustola dell' ultima inoculazione del secondo bimbo era ulcerata, il bambino infetto. Allora egli si recò dal bimbo, che avea servito a tutte le inoculazioni e lo trovò chiaramente affetto dalla lue, e figlio di padre infetto; l' altro (il primo) bambino vaccinato non ebbe mai nulla. —

La nostra lista é di già ben lunga, continua ora il dott, *Depaul*; eppure vi sarebbero ancora altri fatti, ma questi bastano per meritare una seria attenzione.

E come avviene, dice il relatore, che numerosi pratici abbiano per si lungo tempo negata la possibilità, che l' inoculazione vaccinica trasmetta la sifilide? Molte cause, secondo *Depaul*, debbono essere invocate. Nei primordj, onde non si supponesse che la vaccinazione possa portare inconvenienti. Più tardi alcune dottrine erronee di *Hunter* relative alla trasmissione della sifilide furono propagate in Francia e divennero articoli di fede per numerose generazioni di medici. Il prestigio della scuola, che si diede per missione di popolarizzarle, fu si grande, esse sembravano riposare su convinzioni si profonde, che finirono a passare nella scienza e divennero perfino la base delle decisioni dei tribunali. Vi furono bensi uomini che protestarono in nome dell' esperienza, ma la loro voce si perdè, e per più di 20 anni la verità fu costantemente respinta in nome di principj ritenuti immutabili.

In questo modo il relatore continua a battere la scuola di *Ricord*. L' ulcera sola era ritenuta inoculabile; come ammettere che si potesse attingere il virus da una pustola vaccinica? Quanti sforzi per attenuare il significato di certi fatti che di tanto in tanto si veniva loro mostrando! Consoliamoci, che maestro e discepoli si sono resi finalmente all' evidenza.

I fatti raccolti hanno rischiarato ora anche quest' altra quistione: ed alla domanda se il vaccino può trasmettere la sifilide, non si può più rispondere, secondo *Depaul*, con un immenso punto d' interrogazione. È tempo di dirlo, conchiude, l' esperienza è completa, bisogna accettare la verità per triste che sia.

Tratta questa franca conclusione, il relatore passa ad esaminare lo sviluppo della sifilide vaccinica. Ciò che colpisce, dice, è l' identità del primo fenomeno. Sempre vi ha ad uno od a più punti di innoculazione lo sviluppo d' un ulcero specifico, con tutti i suoi caratteri, poi la comparsa successiva degli altri fenomeni più tardivi della sifilide. Considera le obbjezioni di coloro che oppongono che non in tutti i fatti lo stato sifilitico dei bimbi che fornirono il vaccino fu constatato; che con vaccino preso dallo stesso individuo e nella stessa seduta a taluni si innoculò la sifilide ad altri no; che esperienze dirette furono fatte e che non diedero risultati.

Qual è l' agente che trasmette il virus, si domanda ora il dott. *Depaul*,

— è il sangue o il vaccino? La scuola di Lione sostiene che è il sangue, e che si può impunemente prender vaccino da un individuo infetto. Al dott. *Depaul* non sembra che l'esperienza abbia detto ancora la sua ultima parola su questo fatto capitale. Come ammettere che il miscuglio di alcuni globuli sanguigni possa cambiare le qualità fondamentali del liquido e dargli la proprietà di comunicare la sifilide?

Cosa conviene dunque fare, dice il relatore, per impedire la riproduzione di quei fatali avvenimenti? Rinunziare agli immensi benefici del vaccino? No certo! Ma invece attorniare la vaccinazione di tutte quelle precauzioni che la prudenza esige. Quindi non attingere vaccino che a sorgenti pure. Di solito si ricorre ai bambini, cioè ad un'epoca della vita, che se esiste sifilide è trasmessa ordinariamente dalla eredità. Ora qual'è l'epoca delle manifestazioni esterne della sifilide? *Diday* ha dato su questo argomento un quadro fondato su 158 casi, dal quale risulta, che in 86 il male si dichiarò avanti la fine del primo mese. Altri osservatori assicurano perfino che è sopratutto al momento della nascita, che i bimbi sifilitici portano traccie esterne della loro affezione. La prima precauzione quindi per *Depaul* deve esser quella di non raccogliere vaccino, che nei bimbi che abbiano oltrepassati il 2.° od il 3.° mese. Inoltre si deve esaminarli dalla testa ai piedi minutamente, scegliere quelli di più bell'aspetto, cercare informazioni sui loro parenti. Non allontanandosi da queste regole, si può agire con sicurezza. L'Accademia nostra, dice il relatore, può a questo riguardo invocare la sua esperienza, che è delle più vaste. Essa procura i benefici del vaccino a 2 o 3 mila individui ogni anno, e fino ad oggi essa non ha ancora a constatare un sol caso di sifilide vaccinica. Finalmente propone che per vaccinare si abbandoni affatto la lancetta, perchè coll'ago si introduce una molto meno grande quantità di liquido, e si diminuisce quindi d'altrettanto i pericoli dell'infezione.

Fra le diverse altre precauzioni di poca importanza che viene esaminando, s'arresta il relatore da ultimo alla riforma radicale di ricorrere al cowpox, e propone che l'industria privata procuri affinchè le giovenche siano inoculate tutto l'anno, onde aver sempre in pronto un pus efficace e senza pericoli. Istituzione questa che a Napoli, secondo il dott. *Viennois*, fiorisce. Se fosse dimostrato che la specie bovina è assolutamente refrattaria all'azione del virus sifilitico, e d'altronde non soggetta ad altre malattie capaci di essere trasmesse colla inoculazione, sarebbe questo un vero progresso.

L'Accademia, conchiude il relatore, *non vorrebbe signor ministro che si potesse indurre dalle sue parole e dai tristi fatti accennati, che il vaccino abbia cessato di essere una delle più grandi scoperte di cui si sia arricchita la medicina. . . . .* essa vuol incorraggiarne la propagazione, e *dissipando alcune illusioni far comprendere a tutti i medici, che conviene contornarla delle più minuziose precauzioni.*

Tale è la parte scientifica del progetto di rapporto del dottor *Depaul*, che occupava 16 colonne della Gazzette Medicale. L'Accademia udita nella seduta del 21 e 29 novembre la lettura di esso, votò le conclusioni della parte amministrativa, ma dichiarò che la parte scientifica interessa troppo l'associazione, perchè si possa votarla senza un'ampia discussione, che essa rimetteva alle prossime sedute, dopo che fosse stata pubblicata nel suo *Bullettin* col titolo *Progetto di rapporto*. Primo ad inscriversi fu *Ricord!*

Il 10 gennaio grande era l'aspettativa, numerosa l'adunanza. Tutti s'attendevano dalla parte di *Ricord* un attacco a viva voce; quella franca esplosione che caratterizza l'ex professore dell'Ospitale *du Midi*. Ma invece *Ricord* salì alla tribuna con un grosso manoscritto, e lesse un lungo discorso precedentemente preparato e che fece pubblicare nei giornali.

Egli cominciò col dire che i fatti addotti dal relatore furono accolti con incredulità dalla maggior parte degli osservatori, e questa incredulità non aveva nulla di dottrinale, ne discendeva dall'*Ècole du Midi*. Le testimonianze gli abbondano. È *Husson* che in un libro pubblicato nel 1803: *Recherches historiques et médicales de la vaccine*, narra di aver inoculato in individui perfettamente sani vaccina proveniente da individui erpetici, sifilitici e che non osservò su questi alcun sintomo d'affezione erpetica o sifilitica. É *Bousquet*, membro dell'Accademia che nel suo *Traitè de la vaccine*, 1833, lo nega pure francamente, e molto tempo dopo la pubblicazione del fatto di *Cerioli*. Aggiungete a queste testimonianze quelle di *Taupin*, *Devéze*, *Le Coeur*, che hanno praticato fino a 2 o 3 mila vaccinazioni, e che alla quistione rispondono tutti negativamente in nome della esperienza.

Ma non è tutto, continua *Ricord*. I nostri maestri erano complici delle dottrine di *Hunter* fino al momento che dalla scuola *du Midì* partirono quegli erronei principj. Dunque ho io l'onore di contare fra i miei alievi *Chomel*, *Moreau*, *Rayer*, *Velpeau*, *Rostan*, *Sedillot*, *Stolz?* E quì *Ricord* legge i *Documenti presentati dal Comitato generale d'igiene sulla storia e la pratica del vaccino alle due Camere del Parlamento per ordine di S. M. la Regina d'Inghilterra*, in cui su 527 risposte, 40 esprimono dei dubbi, 6 delle affermazioni non sorrette da prove, 2 con osservazioni senza dettagli, 479 sono per la negativa.

Erano tutti questi sortiti dalla scuola *du Midì*, esclama trionfalmente *Ricord? Oh se in luogo di ascoltare compiacentemente un' antipatia dottrinale, forse anche extra-dottrinale il relatore avesse consultato senza prevenzione la sorgente delle credenze relative ai danni ed alla innocuità del contagio vaccinico, egli avrebbe ripudiato questo genere di polemica retrospettiva . . . .*

Esamina il caso di *Trousseau* (X) e dichiara che è un caso *probabile*

di contagio vaccinico, ma niente più; vi manca la certezza. Indi quello di Rivalta, rammenta come la sorgente sospetta venisse da Acqui dal Conservatore, come il dott. *Coggiola*, vecchio chirurgo del paese, adoperasse il bimbo Chiabrera, di 11 mesi, di salute perfetta, di genitori sani, per vaccinare gli altri, come la sifilide ereditaria, dal punto di vista del relatore, avendo 11 mesi il bambino non può essere invocata, e che il bimbo in seguito alla vaccinazione non ebbe alcun fenomeno specifico. Invece, egli *Ricord*, potè avere maggiori dettagli e sa che il bimbo Chiabrera era infetto 2 o 3 mesi prima della vaccinazione dal seno d'una nutrice che l'aveva allattato.

Ma quanto tempo dura l'incubazione del fenomeno infettante dietro la teoria del contagio sifilitico in ogni periodo, secondo l'onorevole relatore? Sarebbe da tre settimane a 35 giorni, in media di 24 giorni. Eppure nel fatto (VII) del dott. *Lecoq* non dura che otto giorni, dunque è da 8 a 35 che s'estende la durata dell'impregnazione silenziosa! Questo disaccordo è troppo.

L'esame dei fatti gli presenta ancora un'altra sorpresa. La sifilide in alcuni di quelli viene trasmessa di seconda o terza mano, prima di ogni manifestazione sull'individuo vaccinico intermediario. Nel caso di Rivalta, per es., il vaccino è tolto a un bambino sifilitico per diritto d'acquisto o d'eredità, e che sembra sano; inoculato ad un altro sano sviluppa pustole vaccinali regolari, che all'8° o 9° giorno forniscono un virus contaminatore. Nel primo caso (VI) di *Hübner* il vaccinato intermediario s'ammalò cinque mesi dopo la vaccinazione; nell'altro caso fu risparmiato! Se bisogna accettare questi fatti senza discussione, conclude *Ricord*, non si può più sfuggire a questa sentenza: la sifilide ha il triste privilegio di essere trasmissibile prima durante e dopo ogni manifestazione!

Io non nego la sifilide vaccinica, continua egli, ma accettandone il principio, voglio restar giudice delle conseguenze dalle osservazioni e non voglio lasciarmi trascinare ad alcuna impazienza. La luce non è ancora fatta su questioni sì difficili, bisogna ancora ben studiarle, essere severi nella scelta dei materiali, analizzarli minuziosamente. Invece non è questa la tendenza che predomina nel rapporto. A *Ricord* di più riesce strano che quasi tutti i casi sieno d'origine forestiera, come che in Francia non si vaccini molto, e più che altrove. Poi non è inopportuna questa quistione? È forse la sifilide alle nostre porte? — È il vajuolo che ci minaccia. Consultate i nostri colleghi nella *Senna inferiore*, che vi diranno qual tributo crudele raccolga fra le popolazioni, come il beneficio di *Jenner* vi sia ancora poco sparso, come 130 morti vi fossero su 1800 vajuolosi! Non è dunque ben scelto il momento per fare il processo al vaccino, a rischio di compromettere la viva fede, che si ha in lui.

Le precauzioni con cui il relatore vuol attorniare le nuove vaccina-

zioni non sembrano a *Ricord* sufficienti, dopo tanto allarme gettato. L'unica garanzia solida, seria, è per lui il ritorno esclusivo alla sorgente vaccinogena primitiva; non togliere il vaccino che alla specie bovina. Ma per questa riforma non si è pronti, essa incontrerà grandi difficoltà per essere attuata; non siamo dunque sicuri neppure per questa parte.

Felicemente, aggiunge *Ricord*, un'apprezzazione meno pronta dei fatti e una veduta più calma dei pericoli, ci permettono di tornare sul terreno della realtà, di una realtà consolante. Le leggi igieniche in Francia riducono a proporzioni meschinissime i pericoli del contagio. Ricordatevi inoltre la grande responsabilità, esclama *Ricord*, che venite a far pesare sul corpo medico; ricordatevi il dott. *Hübner* tratto davanti ai tribunali e condannato per le vaccinazioni di Holfeld! Non offrite nuovi pretesti a vecchie accuse.

Se poi la teoria del contagio per il sangue è vera, essa è piena di pericoli per i vaccinati ed i vaccinatori stessi. E siete voi ben sicuri che il vaccino che disiribuite in nome dell'Accademia non contenga sangue? Voi dite di sì. Ebbene io vi rispondo che ho pregato il prof. *Robin* ad esaminare sotto il microscopio il vaccino dell'Accademia; ecco la *planche* che l'eminente nostro collega mi ha disegnato — gettatevi gli occhi e vedrete quanti globuli sanguigni esistono nel vostro vaccino! . . . . .

Con questo attacco finisce *Ricord* il suo discorso, e si rivolge all'Accademia onde non voglia permettere si inquieti il Ministro con quel rapporto e che lo si rinvii alla Commissione.

La discussione fu ripresa il 17 con un discorso di *Blot*, che attaccò egli pure arditamente il progettato rapporto. *Blot*, socio dell'Accademia per la sezione ginecologica è nello stesso tempo membro della Commissione del vaccino, di cui *Depaul* è il relatore. Il suo discorso con quello di *Ricord* riassume l'espressione di tutti i dubbj, di tutte le difficoltà che la quistione ha sollevate, di tutte le critiche a cui ha dato argomento il rapporto.

Egli dice, che come membro della Commissione non può lasciare senza protesta energica alcune asserzioni di *Depaul*, asserzioni contradditorie, gravide di pericoli per il vaccino, i vaccinati, i vaccinatori. Esamina il fatto di *Béziers* trasmesso dal dott. *Sébastian* (XIV) che secondo lui ha un'altra importanza, perchè il medico con dolore ha la cura di rimarcare, che nella vaccinazione dei due primi bambini, di cui l'uno soltanto divenne sifilitico, il vaccino era mescolato col sangue, quando praticò l'ultima puntura. Ora questa sola si trasformò in ulcera. Gli altri 6 bimbi della seconda serie, sebbene il vaccino fosse attinto alla stessa fonte, restarono immuni. Ma per loro esso era rimasto puro e senza miscuglio. Una sola osservazione di questo genere vale più, secondo *Blot*, di migliaja come quelle di Rivalta (1), perchè

(1) Anche a Rivalta durante le fatali vaccinazioni, il bimbo Chiabrera aveva sempre dato sangue.

basta a provare la possibilità di trasmettere la sifilide colla vaccinazione, e ne conduce ad ammettere come probabilissima l' opinione che riguarda il sangue come l' agente trasmettitore. Perchè dunque il relatore dice: *non è permesso di credersi in una sicurezza completa, quando si ha evitato di far uscire il sangue raccogliendo il vaccino?* Ciò che conduce a far credere che col virus vaccino perfettamente puro si possa inoculare la sifilide; mentre nessuno dei fatti da lui addotti può provare questa proposizione (!). Essa deve essere per *Blot* considerata come non avvenuta.

Poi passa ad esaminare i tre mezzi profilattici raccomandati dal relatore, cioè: età e salute del vaccinifero, salute dei genitori, istrumento impiegato. Quanto all' età la raccomandazione è insussistente coi fatti narrati, poichè vi si trova che la sifilide fu trasmessa da bimbi di più di 2 mesi, tre volte da un bimbo di 3, una volta da uno di 10. (Bèzieres, XIV), una volta da uno di 11. (Rivalta, IX), e tutti apparentemente sani. Chi si occupa di vaccinazioni sa che un esame dei genitori non è possibile mai di farlo completo. Quanto all' ultimo mezzo, esso è basato su di un' opinione in disaccordo formale con tutte le nozioni di patologia generale, le quali ci insegnano che in fatto di virus non è la quantità, ma la qualità che importa.

Riassumendo, dice *Blot*, dichiaro che la maggior parte dei fatti pubblicati finora sono incompleti, che mancano dei dettagli necessarj per produrre la convinzione, che diversi fra loro possono trovare una spiegazione tutta naturale in alcuni stati patologici, come: eruzione vaccinica generalizzata, fagedenismo vaccinico, altre eruzioni volgari che potevano svilupparsi senza vaccino. Ma se per un momento si ammette che la vaccinazione trasmetta la sifilide, *nessuno ha ancora prodotto un sol fatto ben dettagliato e ben provante, capace di dimostrare che il vaccino per lui solo possa trasmetterla* e noi dobbiamo per ora ammettere *che il vaccino puro e senza miscuglio non possa trasmettere che vaccino*. Le precauzioni poi raccomandate nel rapporto sono insufficienti, illusorie, pericolose.

Ora siccome, conchiude l' oratore, la scienza riguardo alla sifilide vaccinica è ancora molto oscura, e siccome un decreto ministeriale non può fare la luce, per conseguenza ritengo questa discussione come *prematura* ed *inopportuno* l' inviare il rapporto al Ministro.

Depaul s' alza immediatamente, onde esprimere la sorpresa che gli ha destato il discorso del collega. Egli ha cominciato, dice, col farmi pensare che non credeva alla trasmissione della sifilide col vaccino, e poi trovo che vi crede, come vi credo io. Da ogni parte mi giungono fatti che dimostrano essersi inoculata sifilide e voi volete che mi appaghi delle ragioni fatte valere alla tribuna? Se dimostro che questi accidenti provengono dalle false dottrine sifilitiche del giorno, e che la sifilide vaccinica darà l' ultimo colpo

ad una dottrina che ha già fatto il suo tempo, voi dite che faccio delle personalità. I mezzi profilattici da me addotti dissi che doveano servire a far diminuire i pericoli, e non a farli scomparire completamente. *Blot* mi criticò sulla quantità del virus; io so bene che non ne occorre molto per produrre l'inoculazione, ma è evidente che quanto più poco sarà, tanto meno pericoli si avranno . . . . , ecc. Conchiude col dire, che non insiste sulla opportunità dell'invio al Ministro, ma che non crede avere esso tutti questi inconvenienti.

Ma anche *Giulio Guérin*, il redattore della *Gazzette Médicale*, nella sua qualità di membro della Commissione del vaccino, vuol dire una parola sulla quistione. È lieto che *Depaul* sia indifferente riguardo all'invio della parte scientifica del suo rapporto, però fa rimarcare la diversa attitudine da lui presa. Parlando a nome della Commissione, poi a nome dell'Accademia, egli si era data la missione di proclamare come un fatto inconcusso, una certezza acquisita, la trasmissione della sifilide col vaccino. Questa manifestazione indirizzata al Ministro, da lui trasmessa ai prefetti, dai prefetti ai medici, si sarebbe sparsa senza misura nel pubblico. Ma appena la discussione si aperse, si conobbe i fatti non esser sufficienti per quelle conclusioni. In presenza di questa situazione il relatore ha sentito il dovere di battere la ritirata, ed io credo che l'Accademia sarà del suo avviso e non invierà al Ministro il suo rapporto. La nostra discussione avrà avuto il vantaggio di chiamare l'attenzione dei medici sull'argomento, senza il concorso dei ministri e prefetti.

Depaul interrompe per dichiarare, che egli è convinto della trasmissione della sifilide colla vaccinazione, e che i fatti addotti gli sembrano sufficienti a riguardarla come cosa certa.

Guérin rispetta le convinzioni del relatore, ma dichiara che l'opinione generale dell'Accademia non è disposta ad ammetterle.

Nella seduta del 24 comparve *Trousseau*. Il suo intervento era preveduto; testimonio di uno dei fatti annunciati, era in dovere di dare su di esso tutti i dettagli che sono a sua cognizione. L'illustre Clinico dell'Hôtel Dieu lo espose e lo analizzò colla imparzialità di un presidente di Corte d'Assisie non diminuendo nulla di quanto v'ha di dubbioso, non dissimulando le possibili attenuazioni.

Prima di tutto però volle esporre all'Accademia la propria sorpresa nel vedere l'eccesso di prudenza che si mostra riguardo al dott. *Depaul*. Non abbiamo noi il diritto, dice egli, di dire quì ciò che è vero e ciò che é falso? Quali sono le *enormità* del rapporto? Esso sostiene che il vaccino *può* non dice *deve*, trasmettere la sifilide in casi rari, *non rarissimi*, ed in verità ciascuno di noi pensava egualmente, e se avesse da vaccinare suo figlio,

nessuno di noi prenderebbe il pus da un vaccinifero sifilitico, per quanto magnifico esso fosse!

L'Accademia è, secondo *Trousseau*, il primo corpo medico del paese, e non deve essere solo una società illuminata, ma illuminatrice; deve portare la luce su tutte le quistioni e poco inquietarsi se il suo parere piaccia o no. Ha essa avuto paura di esporlo quando si trattava dell'Igiene degli Ospitali, della febbre puerperale? Noi siamo quì per far conoscere la verità.

Passa dunque a descrivere il caso suo, di cui si chiama *editore responsabile*. Narra come la giovane entrasse nelle sue sale, come ben esaminata non mostrasse nulla di sifilitico, come fosse rivaccinata per paura del vajuolo, come il bambino da cui si prese il vaccino fosse sano in apparenza, ma confessa di non averlo esaminato attentamente. La donna fu la quinta ad essere vaccinata, il vaccino non produsse che prurito e fu dimessa. Un mese dopo tornò mostrando il braccio vaccinato con due pustole di rupia. Io credei ad un cattivo vaccino, dice *Trousseau*, ma non alla sifilide. La donna tornò più tardi e allora trovai due placche indurite sul braccio, adenopatia cervicale ed ascellare. — Dopo ciò analizza il vaccinifero e la donna. È vero che il primo appariva sano, ma nuove di lui più non s'ebbero. La malata aveva uno scolo uterino; chi assicura che non vi fosse un ulcero cervicale uterino? È vero che quello non è il luogo d'elezione delle ulceri, e però possibile; la donna avendo prurito al braccio vi avrà portato la mano sporca per graffiarsi? *Trousseau* dice che la decenza non glielo permetteva (!). Analizza così minutamente, sottilmente tutto ciò che avrebbe potuto avvenire o che evvenne, e conchiude col credere che quella donna abbia preso la sifilide colla vaccinazione. Poi passa ai casi di *Lecoq* e li confronta, accettandoli. Ma non ammette nè i 6 bimbi vaccinati in Germania ed infetti, nè i 64 casi di Rivalta.

È vero, questi fatti sono rari, continua *Trousseau*, ma quando *Ricord* sostenne che: i fenomeni secondarj non trasmettono la sifilide, avea le sue ragioni — è perchè il contagio di quelli è rarissimo. Tuttavia il contagio della nutrice per il lattante è invece frequente, perchè vi esistono condizioni particolarmente favorevoli. *Ricord* fu per lungo tempo turbato dal fatto di quel rabbino che infettava tutti i neonati ebrei circoncisi, perche succhiava il sangue dopo l'incisione del prepuzio. Io e *Leblanc*, dice *Trousseau*, per due anni studiammo le lesioni del moccio cronico del cavallo, e quante volte ci ferimmo aprendo il cranio e le fosse nasali! Ma allora si era persuasi che esso non fosse inoculabile all'uomo, non ci abbadavamo tanto, e non ci avvenne nulla. È che per le malattie contagiose, vi sono delle ricettività eccezionali; vi sono momenti in cui il pus, passatemi l'espressione, prende una *ferocità insolita*.

Quanto alla quistione se sia il sangue o il vaccino, egli nota, che ordinariamente in ogni vaccinazione si prende un pò di sangue, e che pure la sifilide vaccinica è rara.

Conchiude domandando che il rapporto di *Depaul* sia trasmesso direttamente al Ministro.

Alla seduta del 31 Gennajo, era già la 5. della discussione, *Depaul* ottenne di rispondere a *Ricord* e non gli bastò l'intera seduta a compiere il suo discorso. Esordì col lagnarsi che *Ricord* abbia insinuato, timidamente è vero, certe personalità che non sono degne dell'alta posizione che occupa. In una discussione seria tali argomenti non valgono. Di più egli ha spostato la quistione, per cui la rimette sul suo vero terreno; che è questo: il vaccino può trasmettere la sifilide? In luogo di studiarla *Ricord* ha presentato un fantasma, ha gettato lo spavento negli spiriti, ha fatto intravvedere la deconsiderazione in cui si faceva cadere il vaccino; tutte cose assai abili e più facili a trattarsi che la quistione in discorso. Io comprendo del resto, dice *Depaul*, il suo imbarazzo. Le sue dottrine ebbero un immenso rimbombo, ma furono schiacciate da nuovi fatti ed egli ora non sa più come condursi nel dedalo della sifilide.

L'argomentazione di *Ricord* infine, continua egli, si riassume nel citare soli 3 o 4 fatti, mentre ne abbiamo tanti; nel dare importanza a quel famoso documento inglese, che ha sì poco valore. In Inghilterra avrebbe però potuto trovare autorità in mio favore, fra cui le *Lezioni* professate recentemente da *Lee sull'inoculazione sifilitica*. Del resto in Francia *Ricord* è il solo che resiste; i suoi migliori allievi lo abbandonano. *Diday* nell'ultimo numero della *Gazzette médicale de Lyon* non lascia dubbj sulla sua opinione affermativa. — Quì l'oratore fa ancora una digressione riguardo alla contagiositá dei fenomeni secondarj, cita le opinioni di *Ricord* nel 1838, nel 1856 e nel 1859. Fino a quest'epoca *pas de contagion possible sans chancre!* Ma nel 1862 *Ricord* non nega più, il *fiat lux* è venuto anche per lui. *Ricord* aggiunge, è vero non essersi ancora provato, che la placca mucosa sia inoculabile, che vi ha una stretta parentela fra essa e l'ulcera infettante, e quindi egli aspetta ancora nuovi fatti.

La trasmissione del contagio sifilitico per mezzo del sangue ora non può esser più messa in dubbio, dice il relatore. E qui narra estesamente l'esperienza di *Pelizzari* a Firenze, che su di un *médècin très instruit* (Bargioni) che ebbe il coraggio di prestarsi all'esperimento, trasportò il sangue ancor caldo di una donna chiaramente sifilitica; e dice che *Pelizzari* istesso offre tutte le condizioni di un buon osservatore. Non si può più dire dunque esclama *Depaul*, che la cosa è possibile; essa esiste.

Vi sono fra gli addotti 14 fatti; quattro, secondo *Depaul*, che non ammettono dubbj, cioè quelli di *Cerioli*, di *Rivalta*, di *Trousseau* e di *Lecoq*.

Ma ve ne sono altri ancora. Nel 1860 il dott. *Galligo* a Firenze, *très-competent dans la question qui nous occupe*, ha veduto 14 bambini infetti dal vaccino di un individuo i cui parenti erano sifilitici. Nel di lui giornale l'*Imparziale*, il dott. *Marone* ha pubblicato il fatto di un'infezione sifilitica trasmessa da un bambino vaccinato alla nutrice ed ai parenti. Infine voi tutti conoscete i due fatti di *Hèrard* e di *Chassaignac;* cosa avete da rispondere a questi? conchiude *Depaul.* —

Dopo la lettura del rapporto, l'attacco di *Ricord*, di *Blot* e di *Guérin*, la testimoniale arringa di *Trousseau*, e la chiusura di *Depaul* sembrava che la discussione fosse esaurita, ma nella seduta del 7 Febbrajo che ora vedremo, *Ricord*, attaccato di nuovo vivamente, dovette rispondere e strascinare altri con sè.

Depaul prima di tutto finì la sua arringa. Egli riassunse il suo dire nella prima parte così: 1.°che l'inoculazione dei fenomeni secondarj è perfettamente dimostrata; 2.° che l'inoculazione della sifilide col sangue è pure dimostrata; 3.° che la trasmissione della sifilide col vaccino è oggi comprovata. Ora ai fatti presentatigli, cosa oppone il sig. *Ricord*, continua *Depaul?* Egli dice che non sa, che non ha mai veduto nulla di simile, che non nega, ma che però non vi crede. Riguardo al contagio dei fenomeni secondarj, *Ricord* dice che finora non si è inoculato che la placca mucosa, e che la placca mucosa, non è che una modificazione dell'ulcera. Si sa d'altronde qual abuso egli abbia fatto dell'*ufficiale di cavalleria*, del *soldato*, del *commis en nouveautés*, per spiegare a suo modo il contagio. Si sa pure la sua opinione sulla virtù delle donne. Egli vive d'altronde in un luogo, che non è molto atto a dargli un'alta idea della virtù muliebre . . . — Domando che si richiami all'ordine l'oratore, interrompe vivamente *Ricord.* — Parlo di *Ricord* medico, replica *Depaul.* Esso ha pure incriminato la lancetta, la mano dell'operatore; ha ricorso a tutto per non confessare la verità, insiste *Depaul.*

Fui poco felice con *Ricord* anche per la profilassi, prosegue l'oratore. Io raccomando di assicurarsi della salute dei genitori, e *Ricord* mi risponde che ciò non è facile; ma dalle storie di *Galligo*, *Cerioli*, *Sébastian* si vede che se lo si fosse fatto si avrebbe evitato il male. Quanto all'età dei vacciniferi io aveva fissato 2 mesi, ma *Ricord* non è soddisfatto. *Depaul* mantiene però la cifra perchè basata sui fatti. *Diday* ha proposto altri mezzi, cioè di scegliere a vacciniferi dei bimbi più avanzati in età, e di non servirsi che di vaccino conservato in tubi. Ma *Depaul* non può ammettere che il soggiorno del vaccino in questi possa depurarlo e togliergli il virus. Così non parlerò, dice *Depaul*, delle idee singolari emesse da *Diday* nell'ultimo numero della sua *Gazette médicale.* Vi si parla di alcuni nuovi modi di

contagio colle punture di pulci, cimici, zanzare, di animaletti spermatici che agiscono non come agenti di fecondazione ma per semplice contatto! Rammenterò a *Ricord, qu'on n'est jamais trahi que par les siens!*

Depaul riassume ora la sua argomentazione. I fatti provano che la trasmissione della sifilide col vaccino è possibile — la dimostrazione clinica ed esperimentale della trasmissione della sifilide col sangue e col prodotto dei fenomeni secondarj facea presentire questo triste risultato — la sifilide vaccinica è però rarissima — si renderà più rara ancora contornando la vaccinazione di minuziose precauzioni — all'Accademia, a cui è affidata la cura di vegliare su tutto ciò che tocca l'immortale scoperta di *Jenner*, incombe il dovere di proporre tutte le misure necessarie — non si deve mai indietreggiare davanti alla dimostrazione di una verità scientifica — la quistione della vaccinazione animale merita d'essere esaminata.

Ricord così vivamente attaccato, nella seduta del 14 febbrajo rispose, e questa volta a viva voce. Premesse alcune parole di personalità, ritorna sulla quistione della trasmissibilità della placca mucosa, e sulla trasformazione *in situ* dell'ulcera infettante; dichiara che se accettò i fatti dell'inoculazione della placca mucosa, non ne viene per conseguenza che debba accettare tutti gli altri e *par ordre*.

Ritorna sul fatto di *Trousseau* (X) e alla sua principale obbiezione che l'ammalata si gratasse il braccio. Secondo *Trousseau* questa Lucrezia, osserva *Ricord*, divenuta piu tardi ciò che sapete, era troppo pudica per scoprirsi il braccio! Ma in compagnie più elevate, in saloni dove può andarvi l'amico *Trousseau* con sua moglie e sua figlia, non si vedono bracci nudi? Ha egli dimenticato quel vescovo, che predicando contro il lusso, argutamente notava che le donne impiegavano tanta stoffa per la coda, che non ne restava più per il petto?.... Confronta il fatto di *Trousseau* coi soldati di marina di *Lecoq* (VII) e fa notare che la linfa era stata tolta da belle pustole vacciniche, che portava un altro militare.

Ricord ripete che non respinge, non nega i fatti, ma che li commenta, li discute; *c'est mon droit et j'y tiens*. Quelli che sono probabili li riconosce probabili, non certi; il che dice esser molto prudente, principalmente quando si tratta di conclusioni assai gravi. Analizza ancor più minutamente i fatti di *Rivalta* e fa risaltare la grande mortalità che sorpassò tanto le proporzioni ordinarie, e domanda come conciliarla colla opinione degli esperimentatori, i quali hanno trovato che la sifilide comunicata dal contagio dei fenomeni secondarj è relativamente benigna.

Da tutto ciò crede che la sua riserva sulla interpretazione dei fatti sia sufficientemente giustificata. Quanto alle garanzie da cui si vuole attorniare la vaccinazione, egli mantiene il già detto. È sorpreso che *Depaul* abbia in-

criminato, esagerandolo, il suo scetticismo. Non è sua colpa se un *ufficiale di cavalleria* ha trasmesso la sifilide al proprio figlio. Se in luogo di un ufficiale di cavalleria ..... leggiera, fosse stato un rispettabile membro della Società di S Vincenzo di Paola, egli lo avrebbe detto colla stessa franchezza! A *Depaul* che per sostenergli il contagio per il sangue gli aveva opposto il fatto di *Waller*, *Ricord* risponde che se non trova nella scienza altro che quello, egli resterà fermo nei suoi dubbj. Le esperienze di *Diday* benchè negative pesano maggiormente che quelle di *Waller*. Quanto a quelle di *Pelizzari* esse sono tutte diverse da quelle di quest' ultimo. Ma qual lavoro vi ha voluto per ottenere quel risultato! È questo che avviene nelle semplici inoculazioni vacciniche? No, per fortuna, perchè altrimenti col vostro vaccino così ricco in globuli sanguigni, voi avreste numerosi i casi d'infezione.

Vi ha poi un'altra grave quistione, dice *Ricord*. Se fosse provato che il contagio vaccino sifilitico non può avvenire che col sangue, ogni infezione dopo il vaccino dovrebbe essere addebitata al vaccinatore; e solo l'esame della linfa vaccinica eseguito col microscopio sarebbe una garanzia sufficiente.

Conchiude combattendo di nuovo l'invio al Ministro, essendo inutile spaventarlo per dei fenomeni, che sono *prodigiosamente* rari. L'avverbio, dice *Ricord*, avete voluto trovarlo appositamente espressivo, per poi rassicurare il Ministro colle precauzioni che prenderete, e colla rarezza dei casi!

A *Ricord* succede alla tribuna *Devergie*, il ben nota dermatologo dell'Ospitale *Saint-Louis*. Egli dichiara che non vuol seguire nè *Depaul* nè *Ricord* sul terreno della personalità. La quistione è: la sifilide può essere trasmessa col vaccino? I fatti esposti da *Depaul* erano gravi, ma dopo l'analisi di *Ricord* che li prese isolatamente ad esaminare, sembra che nessuno dimostri perentoriamente la trasmissibilità, senza che per questo se ne respinga la possibilità. Mostra quindi l'esitanza in cui si trovano ora molti. Analizza anche egli i fatti. Alla obbjezione che vi sia stato un errore diagnostico risponde che ciò non può essere. Quando un medico come *Cerioli*, quando una Comissione medica, come a *Rivalta*, controllano, non si può revocare in dubbio la cosa. È forse solo all'Ospitale *du Midì*, che si ha il privilegio di conoscere queste malattie?

Combatte l'invio al Ministro. *Trousseau* disse che questi non leggerà il rapporto. Ebbene, risponde *Devergie* lo farà leggere ad un capo-sezione. Questi resterà stordito dai fatti; li divulgherà nella loro nudità, anzi *brutalità*, e le conseguenze saranno gravi! Poichè voi non conoscete il rimedio, perchè volete parlare del male? Propongo si nomini una Commissione, che studj l'argomento.

Questo discorso è accolto da segni generali d'approvazione, che mostrano chiaramente da qual parte propenda la maggioranza dell'assemblea.

Nella seduta del 21 Febbrajo nuovi oratori si successero e la quistione fu di nuovo ardentemente agitata. Fu primo *Briquet*, l'elettricista, il compagno di *Piorry* e *Bouillaud*, di *Velpeau* e *Malgaigne* all'Ospitale *La Charité*. Egli vuol esaminare se i fatti annunciati sieno in rapporto colla gravità della quistione, e in qual modo si possa uscire dal dubbio in cui l'Accademia è immersa.

La quistione è grave per tre ragioni, primo perchè si tratta di introdurre nell'organismo sano di un bimbo una malattia grave come la sifilide; poi vi ha a considerare la responsabilità medica, poichè il medico può essere tratto in giudizio per aver involontariamente infettato un bambino. In terzo luogo le famiglie esiteranno a far vaccinare e il vajuolo farà strage. Ma è vero dunque che la sifilide può essere trasmessa col vaccino? Ammettendo i fatti addotti, *Briquet* ha fatto la statistica, e ne risulta circa 200 bambini sifilizzati su mezzo migliardo di vaccinati, cioè 1 su ogni 3 milioni! Ripartiti sui diversi paesi sono 165 per l'Italia, 29 per la Germania, 7 per la Francia, 2 per l'Inghilterra. Il dott. *Briquet graziosamente* conchiude che è dunque nel paese *dove il vaccino è meno popolarizzato* (l'Italia!) che trova il maggior numero di fatti. E continua ancor più graziosamente a dire, che essi dunque sono in rapporto inverso colla facilità di propagazione del vaccino e indiretto col *grado d'immaginazione del paese! (sic)*.

Non è così che si comportano le malattie virulenti, prosegue *Briquet*, dunque quei fatti sono in opposizione formale colle leggi ordinarie. Quanto ai casi addotti *Briquet*, vuol esaminare solo quelli d'Italia (troppo onore). Dice che sono avvenuti tutti in villaggi. (!) Che quelli di *Cerioli* avvennero 43 anni sono quando in Italia il vaccino avea *molti* detrattori. (In Lombardia dopo Sacco non crediamo ve ne fossero). *Si volle comprometterlo;* e scherza sui *Messieurs du village* che si supposero immuni! ecc., ecc. Conchiude scusando *Depaul* di aver segnalato un pericolo, ma non crede opportuno l'invio al Ministro.

Gibert altro sifilologo ben noto dell'Ospitale *Saint-Louis*, crede di dover prendere la parola per dire, come da un sì lungo dibattimento risulti chiaramente, che la quistione sulla sifilide vaccinica è prematura. In presenza di fatti *sì rari, sì insoliti sì eccezionali* è permesso, secondo lui, di rimanere nel dubbio. Si disse, continua egli, che la sifilide vaccinica sgorghi naturalmente dai risultati recentemente ottenuti coll'inoculazione dei fenomeni secondarj della sifilide, e mi si fece l'onore di citarvi in appoggio il mio nome. Ma secondo lui il contagio possibile di questi era ammesso ben prima di quegli esperimenti, e si appoggiava su due basi solide: tradizione e osservazione clinica. Che se si ricorse per provarlo alle inoculazioni artificiali fu per combattere il sistema avversario sul terreno stesso in cui si era

posto. Ma che non si venga a dire che i fatti segnalati da *Depaul* sgorghino come conseguenze naturali da questi esperimenti. Egli vede da una parte operatori che scarificano condilomi, incidono placche mucose, traforano pustole ettimatose e ne inoculano il prodotto; dall' altra si agisce su pelle sana, si fora una vescicola vaccinica; e voi pretendete tirarne il virus sifilitico? — Riconosciuti gli incovenienti dell' invio al Ministro, propone pure la nomina di una Commissione.

La discussione non è ancora finita! Nella seduta del 28 Febbrajo è *Bouvier* che sale la tribuna. *Bouvier* medico dell' *Hôpital des Enfants*, è uno dei più felici relatori dell'Accademia. Grande frugatore di libri, porta una nuova messe di fatti.

Prima di tutto legge il *Bullettino dell'Accademia* della seduta del 19 Maggio 1863. Le parole sono: « Io ho da prima respinto questo modo di trasmissione della sifilide colla vaccinazione. I fatti si riproducono, e sembrano di più in più confermativi .... *Oggi io non esito più a proclamare la loro realtà* ». Chi pronunciò queste parole fu *Ricord*, esclama trionfalmente *Bouvier*; ora perchè non più questa dichiarazione formale ma il dubbio, l'esitazione? .... Ripassa i fatti addotti da *Depaul*, li rianima con una brillante descrizione, ne nota i punti difettosi e le lacune. Richiama il fatto del 1841 descritto da *Tassani* dapprima, in cui un bimbo figlio di genitore sifilitico servì a vaccinare cinquantasei d'altri. Trentacinque di questi furono colpiti da sifilide, che propagarono in famiglia, il che portò il numero dei malati a sesantaquattro, otto bambini e due donne morirono! Qual rassomiglianza col fatto di *Rivalta!* — Ebbene io comunico all' Accademia, prosegue *Bouvier*, un terzo *Rivalta*, che le è ancora sconosciuto (1). Nel 1856

---

(1) E noi vogliamo comunicare al dott. *Bouvier* altro fatto non meno grave. Nel *Rendiconto dell' Ospitale Maggiore di Milano*, per gli anni 1858, 59 e 60, che come è noto è un riassunto fatto dal direttore cavaliere *Verga* di tutti i rapporti speciali trasmessigli dai singoli medici del grande nosócomio, si trova registrato il seguente fatto importante.

Il 1 Febbrajo 1859 venivano accolti nell' Ospitale colle loro nutrici 5 ragazzetti provenienti da Briavacca (prov. di Milano infetti di sifilide. La Direzione nominava una Commissione *(Clerici, Polli Giuseppe, Vittadini)* per visitarli. Essa trovò le nutrici sane, i bimbi evidentemente affetti da forme secondarie, ed alla località in cui era stato innestato il vaccino ulceri a base e contorno indurito. La Commissione li dichiarò infetti di sifilide non acquisita nè per eredità, nè per allattamento, nè per impuro commercio, ma proveniente dalla vaccinazione, tanto più che il vaccinifero era morto tabido, e la prima presentazione del male fu in tutti al luogo della puntura. Sgra-

a Lupara nel reame di Napoli il dott. Marone vaccinò con un bimbo di otto mesi ventitrè altri, figli di padri sani, e tutti furono sifilitici (*L'Imparziale* di Firenze, 1.° Marzo 1862). Oltre a ciò *Marone* avendo attinto vaccino da uno dei ventitrè ne infettò altri undici, che lo cumunicarono alle loro madri le quali lo trasmisero a undici poppanti, ed alcune ai loro mariti. Aggiungendo questo caso a quelli di *Cerioli* e *Rivalta* abbiamo centocinquantacinque bimbi sifilizzati dal vaccino, ed un numero di contagi secondarii, che porta il totale a trecento! Il dott. *Marone*, uno di *quei medici di villaggio* trattati un po' leggermente dal dott *Briquet*, porta però descrizioni esatte; dice *Bouvier*.

Ma non basta ancora. *Bouvier* possiede altri fatti; fu fortunato nelle sue ricerche: 1.° 1814 *Marcolini*, Udine (*Ann. di Med. di Milano*, 1824); 2.° 1822, *Marcolini* ancora (idem); 3.° 1839, dott. *Lauro Viani* (*Gazz. Med. di Milano*, 1849). In Inghilterra *Whitehead* ha fatto conoscere nel 1859, sesantatrè casi di sifilide infantile, di cui trentaquattro dal vaccino. Poi vi ha un caso di *Galligo* (1860), un altro di *Rodet* di Lione (1865). Si disse che da 60 anni che l'Accademia pratica vaccinazioni, non ha mai osservato casi di trasmissione. Chi lo sa? Chi ha seguito i bambini? Ebbene il vaccino accademico non è immune! E cita due casi, l'uno raccolto nel 1860 da *Auzias-Turenne* (1) l'altro nel 1865 da *Morax*. Il contagio vaccino-sifilitico è dunque lungi dall'essere *prodigiosamente raro*, secondo l'espressione lanciata un po all'azzardo da *Trousseau* e tradotta in statistica fantastica da *Briquet*. Combatte tutte le critiche fatte a *Depaul* e conchiude. Credo d'aver dimostrato l'inanità dei rimproveri diretti al progetto di rapporto. L'Accademia ha il dovere di far intendere la sua voce in fa-

---

ziatamente la Commissione non ha proseguito come dovea le sue indagini. Il 15 dello stesso mese altri 3 bambini di paesello vicino (Zelo-Foromagno) vennero condotti all'ospitale, perchè affetti da sifilide e vaccinati dallo stesso medico col medesimo bimbo che avea servito per gli altri 5. Ed il 22 Febbrajo un altro bambino fu ricoverato, proveniente da altro paese vicino (Peschiera), vaccinato poco dopo, pure sifilitico e che avea contaminato la madre. Però anche in questi casi le indagini non furono spinte come si dovea. Così non consta dal Rendiconto se i bambini siano guariti con cura specifica il che sarebbe stato una prova *a posteriori* che erano veramente infetti. Consta invece che la madre del vaccinifero fosse infetta.

(1) *Auzias-Turenne* in una lettera al Presidente narrando il fatto, dice che *W. Böck*, scrisse all'Accademia delle Scienze nel 1856 che partigiano della sifilizzazione e sifilizzando bambini, fece spesso miscuglio di materia sifilitica e vaccino *e che ottenne sempre pustole sifilitiche.*

vore di ciò che crede vero ed utile; rischiarare con un voto significativo i corpo medico che ha gli occhi volti su di essa. Voto dunque per il rapporto.

Nella seduta del 7 Marzo, *Bousquet*, l'autore di un ampio *Trattato sul vaccino* e predecessore di *Depaul* nel posto di direttore delle vaccinazioni, non potea tacere. Egli difese il vaccino, come un padre difende l'onore della propria figlia oltraggiata, e che la vuole pura e casta. Si crede quindi autorizzato a far la storia dell'inoculazione del vajuolo e del vaccino, cominciando *ab ovo*, e poi ricordare la guerra che si fece a quest'ultimo. Dichiara che non si conosce nè la patria, nè il giorno di nascita della sifilide vaccinica, e che quindi siamo esonerati dal festeggiarla. *Depaul*, è vero la prende nel 1824 e la segue *à travers les champs* fino ai nostri giorni, ma ha dovuto condensare 40 anni di osservazione. Riguardo al caso di *Trousseau* dice che le *granulazioni uterine*, di cui soffriva la donna, ingannano facilmente per un'illusione ottica e poteano essere ulcerazioni ....

Così la discussione si potea credere esaurita, perchè anche *Bousquet* poco di nuovo sa dire. Combatte però anche lui *la vanità delle profilassi* di *Depaul*.

Gibert si leva di nuovo per protestare contro *Bouvier*, che accusò gli avversarii di *Depaul* di voler soffocare la verità, dissimulare i fatti, sacrificandoli alla gloria del vaccino. Egli dice che non gli importa nulla della sua gloria, ma ciò che minaccia non è la sifilide vaccinica, ma il vajuolo. Poi parla di una circolare ministeriale *du gouvernement piemontais* (!) che prescrive di sostituire l'ago alla lancetta e chiama ciò una puerilità. Quanto all'Italia, *che aspira, a quanto pare, ad essere la terra classica della sifilide vaccinica*, secondo lui nelle osservazioni si unirono anche gli adulti infetti per ulteriori rapporti, e questa non è sifilide vaccinica. Conchiude di rinviare il rapporto alla Commissione.

Bouvier rettifica e dice che il *governo Italiano* ha consigliato solo di tenere degli istrumenti speciali che non servirebbero che alle vaccinazioni.

Il 14 Marzo era l'ultimo giorno destinato a questa discussione. *Depaul*, il relatore, come in tutte le assemblee del mondo, ebbe ultimo la parola. Il suo discorso fu improntato di un grande senso pratico. Passò successivamente in rivista tutti gli oratori ed ebbe per tutti una buona osservazione. A *Ricord* dice che nessuno ha potuto sapere ancora cosa ne pensi della quistione, poichè non nega la sifilide vaccinica, ma non la trova ancora provata! A *Briquet* che si meraviglia, com'egli di solito sì serio, abbia trattato la quistione colle celie. Attribuire in Italia la frequenza della sifilide vaccinica all'immaginazione degli abitanti! Non sono argomenti serii codesti, esclama *Depaul* giustamente. Così dicasi del trovare che le osservazioni di *Cerioli* sono troppo vecchie. Ma forse *Briquet* crede che *Cerioli* sia morto? Ebbene

sappia, che *Cerioli* vive ancora, ed è un distinto medico Cremonese, *che possiede tutte le qualità di buon osservatore.* A *Gibert* ribatte che ha formulato delle asserzioni senza prove, senza discussione. Gli ripete che la sifilide vaccinica è un corollario necessario della contagiosità dei fenomeni secondarii e che *Ricord* stesso l'ammette. A *Bousquet* che non è un rimprovero serio quello da lui diretto ai vaccinatori, quando asserì che solo chi vaccinava male, avea avuto conseguenze; gli dice poi che bisogna essere miopi per confondere l'ulcerazione del collo uterino colle granulazioni, come egli insinua nel caso di *Trousseau.* Gli dice infine che la *castità di suo figlio,* il vaccino, gli pare un pò compromessa! — Termina rimettendosi al giudizio dell'Accademia.

La chiusa della discussione è domandata ed ammessa. *Guérin* s'alza per dichiarare che il rinvio puro e semplice del lavoro di *Depaul* deve avere qualche cosa di disgustoso per il relatore. Propone dei ringraziamenti per la cura e lo zelo da lui dimostrati.

La maggioranza vota il rinvio ed i ringraziamenti.

Così finì questa memorabile discussione che durò undici sedute, e che tenne sospeso il mondo scientifico. La lotta fra *Depaul* e *Ricord* fu sostenuta certo da entrambe le parti con grande talento. Ciò che sorte però per la scienza da questo dibattimento si è, che non si può più dubitare della possibilità della trasmissione della sifilide mediante la vaccinazione. I fatti raccolti da *Depaul,* quelli presentati da *Bouvier,* ed i più recenti casi non lasciano più alcun dubbio in proposito. Adoperate pure la maggior severità di critica, opponete il maggiore scetticismo, passateli alla trafila dell'analisi la più minuziosa, ve ne resterà sempre un piccol numero di innegabili, di autentici. E questi bastano.

L'importanza poi dell'argomento sollevato da *Depaul* è stata tale che l'Italia nostra se ne è commossa, e l'illustre Società Medico-Chirurgica di Bologna ha posto come programma per un concorso al premio *Gajani* per l'anno 1866 il seguente quesito: *Stabilire, specialmente all'appoggio dell'osservazione, se l'innesto vaccino sia o no capace di trasmettere la sifilide.* L'Italia che fu chiamata la terra classica della sifilide vaccinica deve scioglierlo convenevolmente. In Francia invece, nella terra classica dell'umorismo, non lasciarono sfuggir l'occasione. I figli di *Voltaire* vollero scherzare anche sulla sifilide vaccinica, ed il dott. *Venot* di Bordeaux ha pubblicato testè una serie di poesie; col titolo *Loisirs poètiques d'un spécialiste.* Ammiratore passionato delle dottrine di *Ricord, Venot* attacca colla sua frusta satirica tutti quelli che vogliono diminuire il prestigio. *Depaul* e *Pacchiotti* ne sono principalmente colpiti. (*Gazzetta Medica Italiana Lombardia, 4 Settembre* 1865).

MEMORIE ORIGINALI

Intorno la Perineo-cheilorafia, e su di un nuovo pessario per la caduta dell'utero. Memoria seconda del dott. *Federico Romei.*

Nello scorso anno v'intrattenni, o Colleghi Egregi, su di un nuovo processo operatorio donato alla pratica Chirurgica dal mio Chiarissimo Maestro Prof. Comm. *Francesco Rizzoli*, inteso a guarire radicalmente quell' infermità propria del sesso femmineo, distinta dai trattatisti col nome di prolasso completo dell'utero o caduta dell'utero; il quale processo operatorio appellasi perineo-cheilorafia, e con quel mio scritto cercai provarvi col fatto come l'operazione del *Rizzoli* sia sempre diretta ad una guarigione radicale, e che l'esito è stato sempre fortunato; come in pari tempo le operate non hanno mai corso alcuno benchè lieve pericolo (1).

Fra le storie di operate colla perineo-cheilorafia e riportate nella mia precitata Memoria, avvene una che per il seguito

---

(1) Vedi Bullettino delle Scienze Mediche, anno 1864 Ser. IV. Vol. XXI. pag. 96.

di questo scritto, mi è duopo succintamente richiamare alla vostra mente, onde possiate con vera cognizione dei fatti giudicare che: se l'operazione del *Fricke* è dai chirurghi posta in oblio, l'operazione del *Rizzoli* è, e sarà sempre nelle mani di esperto e coscienzioso chirurgo la più razionale e preziosa risorsa: l'ennunciata storia è la seguente.

Certa Adelaide Vannini Bolognese, dell'età di anni 47, fu da me operata nella Clinica Chirurgica fino nell'Agosto dell'anno 1863, e dopo due mesi circa di cura si restituì alla propria famiglia, perfettamente guarita; e dell'ottenuta guarigione da molti di Voi nel seno di quest'Accademia fu invariabilmente confermata, quando cioè ebbi l'onore d'intrattenervi alquanto sull'operazione in discorso presentandovi all'appoggio del mio dire il fatto, cioè la Vannini medesima perfettamente risanata: io vi dissi in allora che questa donna era innanzi l'operazione alquanto deperita, di temperamento eminentemente linfatico, e che nell'insieme del suo esteriore aspetto erano evidenti le marche di una infelice che molto soffriva. Dall'esame degli organi genitali esterni risultava » sporgere un tumore dalla vulva della grossezza della testa di un feto a termine, di figura tendente alla conica a base superiore, molle, coperto dalla membrana mucosa vaginale, in molti punti priva dell'epitelio, alla sua estremità libera, all'apice ottuso cioè del cono si riscontrava l'apertura uterina, da cui la diagnosi di caduta dell'utero, nel quale tumore era racchiuso oltre la matrice porzione di vescica urinaria, di retto intestino, se non ancora qualche tratto d'intestino tenue; che finalmente ridotto questo tumore colle regole dell'arte si presentarono due fatti patologici di non piccolo momento, uno cioè riferibile alla atrofia delle grandi labbra, l'altra all'apertura dell'osculo vaginale che modellato sul cono protruso lasciava un ampio vuoto da permettere di poter vedere liberamente il cavo vaginale ed il muso di tinca un poco più grosso del normale, come insomma suole osservarsi in donna che

più volte è stata gestante: premesse speciali cautele dopo sedici giorni d' ingresso in Clinica, la Vannini fu da me operata di perineo-cheilorafia con quel esito completo che ora voi conoscete: ora debbo annunziarvi che la sunnominata Vannini nel Settembre dello scorso anno 1864, fu di nuovo ricevuta in Clinica Chirurgica inferma di laringo-tracheite gangrenosa, letale malore che la privò di vita tre giorni dopo del suo ingresso nell' ospedale.

Approfittando del cadavere che era di mia pertinenza, confermata dietro l' ispezione necroscopica la diagnosi di laringo-tracheite causa della morte, portai i miei esami negl' organi genitali sì interni che esterni; le quali parti meritando a mio credere seria e profonda attenzione, le estrassi colle regole anatomiche dalla cavità pelvica, ed oggi le presento a Voi in istato fresco, perchè delle mie parole possiate darne quel severo giudizio, che in fatto di pratico esercizio non dovrebbe mai mancare. Sono circa dieci mesi che queste parti si trovano immerse nell' alcool, ciò non ostante il monte venere e le grandi labbra sono alquanto sviluppate, i peli numerosi e fitti, e di adipe il petignone è a dovizia fornito: divaricate le grandi labbra, si nota un robusto tessuto cicatrizio della spessezza di circa un certimetro che ottura l' osculo vaginale nei suoi quattro quinti inferiori, mentre il quinto superiore resta libero a margine semilunare scindente, circoscrivendo in un colle pareti del vestibolo un foro pressocchè rotondo della grandezza di una moneta d' oro da cinque franchi; questo foro mette in un canale che è il condotto vaginale: nella parte superiore del foro, notasi il meato urinario esterno ed una parte delle piccole labbra o ninfe le quali discendendo in basso al davanti del tessuto cicatrizio si confondono insieme e con questo stesso tessuto, e colla membrana mucosa della vulva: la spessezza di questo tessuto è di un centimetro, la larghezza di poco oltre un millimetro; la lunghezza di cinque centimetri: desso è molto resistente, e forma una potente barriera alla e-

steriore caduta dei visceri della zona inferiore dell' addome; anzi obbligati gli organi genitali interni mediante questo cuscinetto inodulare, che chiamerò vulvo-perineale, a rimanere nascosti nella pelvica escavazione a poco a poco i loro naturali nessi sono ritornati in vigore, e le dette parti hanno riacquistato la loro naturale posizione, come manifestamente rendesi palese dal preparato anatomico che vi presento, e da altro in iscagliola ricavato dal vero dal distinto Cesare Bettini, che in pieno addimostra come l'utero e le sue appendici fossero risalite al loro naturale posto, portandone gli esami alla pelvica cavità dal lato dell' addome; l' utero della grossezza naturale, il suo collo non dà altri indizi che di appartenere a donna che più volte è stata gravida, e di gravidanza a termine: la mucosa vaginale è sana; in alcuni punti si notano alcuni segni che ricordano le escoriazioni passate; nel retto intestino non vi sono più traccie del pregresso rettocele, come dal cistocele la vescica urinaria trovasi completamente ristabilita: l' ampiezza del retto intestino è quasi normale, solo nella sua metà circa è un poco più dilatato del consueto; la vescica urinaria però mantiene le sue naturali dimensioni: l'uretra ha una curva alquanto lieve, e nella sua esteriore apertura non si rinviene alcun che di rimarchevole; dietro tutto questo credo potere conchiudere che l'operazione della perineo-cheilorafia in molti casi è una preziosa ed unica risorsa, perchè il suo esito è stato fino ad oggi sempre certo, perchè non priva le operate del dolce ufficio di sposa e di madre, e perchè le parti fuori uscite ogni qualvolta sono mantenute naturalmente nell'interno dell' escavazione, quantunque si tratti di voluminosi prolassi, di enormi cadute dell'utero, a poco a poco possono ritornare al loro posto e quivi stabilmente fermarvisi, come un esempio parlante, oggi ho a Voi Accademici sapientissimi presentato nel surriferito preparato anatomico. (1)

---

(1) Questo preparato anatomico è stato donato dall'Autore al Museo Anatomico-Patologico della Società Medico-Chirurgica.

Anche in quest' anno mi si è data l' opportunità di dovere ripetere l' operazione in discorso con pari esito degl' altri casi in tal modo da me curati.

Certa Simoni Luigia d' anni 43 di condizione servente, di buona derivazione, ed alquanto robusta, fu ricevuta in Clinica Chirurgica il giorno 28 Gennaio 1865 per essere curata di prolasso dell' utero complicato a cistocele vaginale: in questa donna mi parve si dovesse tentare qualche mezzo meccanico per mantenere in sito le parti protruse, piuttostochè ricorrere subito alla perineo-cheilorafia, e ciò perchè il tumore estra-vulvare non era enorme, e perchè l' ampiezza della vagina non era smodata: difatti applicai un pessario di gomma elastica rotondo, poscia altro pessario bivalve, non servendo il primo, ma non mi fu possibile mantenerlo in sito anche poche ore, tanto era la sensibilità della mucosa vaginale, ed il dolore che risvegliavasi al contatto di questi agenti meccanici, e lo scolo vaginale aumentavasi a tal punto da obbligare la Simoni ad essere munita di un pannolino come donna nella ricorrenza mestruale. Come mai in quest' inferma il dolore fosse sì vivo da non tollerare il contatto del più lieve pessario, mi parve poterlo dedurre da una forma speciale di utero-vaginite lenta granulosa, che da molti anni la Simoni era molestata, manifestandosi all' esterno con scolo quasi puriforme; oltre ciò mostravasi ancora ipertrofia sopravaginale longitudinale del collo dell' utero, e questo fatto era palese col riscontro retto-vaginale, e coll' isterometria interna.

Decisa era la Simoni di tentare anche un mezzo cruento per liberarsi da un male che mentre le arrecava incomodi insoffribili e dolori i più acerbi, la privava di potersi dare al mestiere di servente; unico mezzo di sostentamento ch' essa aveva mancando di qualunque appoggio perchè orfana di padre di madre e di parenti.

Il giorno 2 Febbraio praticai l' operazione della perineo-cheilorafia, e senza annoiarvi in scolastiche descrizioni, vi di-

rò che al 40.° giorno la nostra Luigia si trovò completamente guarita, che ritornò subito al mestiere di servente, come prosegue anche in oggi, ben contenta dell'attuale suo stato, senza la benchè lieve tendenza alla recidiva, come lo potrà costatare chi di voi lo desiderasse presentandovi oggi medesimo la Simoni disposta a subire quegl'esami che si crederanno convenienti: in quest'operata notasi di particolare che lo scolo vaginale è quasi del tutto scomparso, e che l'ipertrofia longitudinale del collo dell'utero è ridotta a ben piccola cosa, come pure la sensibilità della mucosa utero-vaginale; immensi vantaggi che da altro non possono ripetersi se non dalla operazione della perineo-cheilorafia, col qual mezzo viene tolta ogni esterna irritazione alla mucosa utero-vaginale, favorendosi in tal modo una regolare nutrizione; unico mezzo al perfetto esercizio delle funzioni degl'organi umani.

E con questo io spero saranno convinti i chirurghi che in alcuni casi gravi, quando cioè mezzi semplici cruenti od incruenti, pagliativi o radicali non giovano a liberare le donne dall'infermità conosciuta sotto il nome generico di abbassamento dell'utero, piuttosto che esporle ad esempio dell'*Huguier* ad un operazione lunga, grave, incerta nell'esito, ed il più spesso letale, devesi invece tenere a calcolo l'operazione del *Rizzoli*, la quale operazione ha in se pregi incalcolabili, come: la facilità nell'esecuzione, la sicurezza nell'esito, ed il nessun pericolo per parte delle operate. Dirò da ultimo che contansi oltre trenta casi di operate di perineo-cheilorafia che sono a mia cognizione, e questi casi per la maggior parte appartengono al *Rizzoli*, alcuni a me, due al *Caire*, uno al *Baravelli*, ed uno al *Ferro*.

Dopo tutto quanto vi ho detto, o Colleghi Prestantissimi, in questa e nell'altra seduta, sull'operazione della perineo-cheilorafia, non intendo poi si creda che la pratica del *Rizzoli* e mia, si limiti solamente nella cura del prolasso dell'utero alla operazione in discorso, oppure che con molta facilità si

ricorra alla medesima, per ciò solo ch' essa riesce spedita, facile, e di esito fino ad oggi sempre fortunato. Nò, il chirurgo per quanto può, deve sempre alleviare i dolori ai suoi infermi, il suo coltello deve essere saggiamente e con molta cautela costantemente adoperato; oggi insomma la chirurgia non è più barbara come a' tempi a noi alquanto remoti, giacchè è più gloria per il chirurgo il risparmiare di quello che fare una brillante operazione.

Lo spostamento dell' utero conosciuto sotto il nome di abbassamento o di caduta della matrice a seconda del suo grado, è una infermità frequentissima nelle donne, e non havvi Chirurgo, io credo, che non l' abbia riscontrata nella sua pratica, come non gli sia presentato il caso da vedere infruttuosi i comuni mezzi proposti per ostare a questo genere di spostamento, o di dovere ricorrere a certi estremi per lo più intollerabili o pericolosi per parte delle inferme. Basta a questo proposito dare un occhiata alle diverse forme di pessari, d' isterofori che sono stati fino ad oggi inventati, per convincersi che poco in questa parte si è guadagnato nella pratica, che si è incerti sulla condotta da tenersi, come parimenti non essendo tutti i casi eguali, così in ciascheduno di essi si trovano argomenti da meritare speciali modificazioni: io non intendo oggi occuparmi delle varie forme di pessari che si conoscono, giacchè lo stimo lavoro di poco o nessun vantaggio, dirò solo che la nostra scuola ha preferito il pessario di gomma elastica rotondo od ovale, alcune volte quello a forma di calice, in addietro di legno, di bosso, o di altre sostanze ecc. a mezzi meccanici però che facciano risentire la loro azione nell' interno dell' utero la pratica del *Rizzoli* ha sempre rifuggito, avendo l' esperienza addimostrato che la donna si giova di qualunque siasi mezzo meccanico solo nel caso che d' esso non produca irritazione od altra molestia nell' interno della vagina, o dell' utero.

Il pessario di gomma elastica per quanto sia abilmente

applicato produce uno scolo leucorroico che obbliga le donne a spesse iniezioni detersive, o ad estrarlo frequentemente con più o meno incomodo delle inferme, non adattandosi spesso a quelle manovre che sono richieste da persone dell'arte.

In quest'ultimi mesi fu presentato alla nosta Società Medica a mezzo del suo Presidente Prof. *Rizzoli* un pessario bivalve che apparteneva al Prof. *Giordano*, il quale pessario per la sua particolare forma molto richiamò l'attenzione dei soci presenti.

Trascrivo letteralmente la descrizione di questo pessario notata nel Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna fasc. di Marzo anno 1864 pag. 221.

» Consiste esso in due anelli di pacfong (quasi a forma di due ali) coperti di gutta-percha e riuniti in basso mediante una molla a verme od a contrasto, per la quale i due anelli di continuo tendono ad allontanarsi a modo da formare un angolo ottuso. Alla porzione superiore di uno dei due anelli si annoda un cordoncino o robusto filo che serve ad avvicinarli fra loro mediante un laccio scorsojo fino a renderli quasi paralelli: l'applicazione di questo pessario è la seguente — chiusi gli anelli mediante il filo ritorto ed annodato a semplice ansa perchè facilmente tirando sulla estremità libera del filo si sciolga, e le due ali del pessario si allontanino fra di loro obbedendo alla forza della molla, posta la donna orizzontale, od alla sponda del letto, s'introduce il pessario avvertendo che le sue ali guardino i lati della vagina, e che la parte articolata sia posteriore; colle solite regole si spinge quest'istrumento in vagina fino al suo fondo, si scioglie l'ansa tirando sull'estremo libero del filo, e così di un tratto le ali si aprono e distendendo più o meno bruscamente la parte superiore della vagina obbligherebbe l'utero a restare in alto e nel posto più conveniente. »

I vantaggi di questo pessario si riducono a mio credere a non esercitare alcuna pressione sul collo dell'utero, sulla ve-

scica urinaria e sul retto intestino, come a non difficoltare lo spurgo dei mestrui, non impedire le iniezioni vaginali ecc. A fronte però di questi vantaggi che sono certamente valutabili, il pessario in questo modo foggiato ha degl' inconvenienti grandissimi comuni agl' altri pessari, e propri a se: fra i primi, comuni cioè, si annovera il bisogno del concorso di persona dell' arte per essere applicato, il dovere a tale uopo eseguire manovre intra-vaginali più o meno moleste onde adattarlo, il che poco piace alle inferme, oltre all' irritazioni e dolori che facilmente s' ingenerano colla loro presenza: fra gl' inconvenienti propri di questo pessario, notasi l' azione violenta contundente che dovranno esercitare nei lati della vagina le due ali allora che vengono sciolte d' un tratto dal laccio che le tenevano serrate, e che debbono obbedire alla forza più o meno gagliarda del verme o molla a spirale che tende ad espanderle, alla presenza del cordoncino o del laccio che sporgendo fra le labbra della vulva se non dà dolore certamente della molestia ne deve arrecare; infine alla difficoltà di potere agire con facilità sù di questo cordoncino per scioglierlo onde rendere libere le ali del pessario che sotto quelle trazioni senza dubbio si devono smuovere.

Il distintissimo Collega Dott. *Cesare Belluzzi*, esternò in quella seduta avere Egli veduto fino dal 1858 in Milano nella Fabbrica Gennari un pessario fatto circa su gli stessi principii, il quale consiste in due ali di gutta-percha contornate da un rinforzo metallico, riunite per mezzo di un' articolazione e terminate in due estremità, una delle quali è munita di una vite la quale girando dal basso all' alto può ricevere amendue queste estremità, e così allontanare ed accostare le ali sunnominate: per introdurne quest' istrumento basta scostare le due estremità, perchè il pessario nella sua parte superiore acquisti piccol volume e divenga idoneo ad essere introdotto con molta facilità in vagina. Anche questo pessario mi sembra non si presti tanto bene, primo per il suo peso che difficilmente potrà

essere sostenuto, e poi perchè abbisogna anche esso di manovre più o meno lunghe alla sua applicazione, anche per la sua forma inferiore cioè dal lato del piede o vite che non poco molesterebbe le parti colle quali si troverebbe a contatto, avuto specialmente riguardo che nelle diverse posizioni della donna e specialmente quando trovasi seduta, esso si sposterebbe, sporgendo fra le labbra della vulva, e facendo appoggio sul piano della sedia essendo quasi impossibile poterlo mantenere, causa la sua forma, totalmente nascosto entro la vagina.

Il mio amico e Collega Dott. *Giovanni Pilla* mi portò giorni sono un pessario della prima forma descritta, cioè quello del *Giordano*, facendomi notare un fatto che credo della massima importanza: aveva Egli applicato il pessario suddetto quattro mesi or sono in una donna inferma di prolasso dell'utero: e questa donna che trovata si era bene per la presenza di quest'istrumento in vagina degl'incomodi antecedenti, non ebbe cura di mai cavarselo, o di ricorrere alla assistenza del chirurgo; eppure doveva supporre o che si dovesse alterare profondamente la veste di gutta-percha, o che per lo meno si sarebbe talmente imbevuta degli umori vaginali da rendere centro questa parte di un fetore disgustosissimo. Scorso il tempo detto, s'incominciò ad accorgere che quell'istrumento in vagina era causa di qualche molestia, e fù per questo che nuovamente si procurò l'assistenza dei dottori *Belluzzi* e *Pilla*, i quali per dire in due parole, trovarono molta difficoltà per estrarlo, e non fu che quando si decise il *Belluzzi* di tagliare con robusta forbice una parte del pessario che questo istrumento potè essere estratto, e che vi presento, o Accademici Sapientissimi, siccome il dott. *Pilla* me l'ha favorito: la difficoltà all'estrazione era dovuta ad essersi le ali del pessario profondamente innichiate in vagina fino a porre la mucosa vaginale a contatto nello spazio vuoto compreso fra le due ali, a modo, che la detta mucosa si era adesa fra se, formando un ponte da rinserrare tenacemente la parte libera del pessario; e

quest'avvenimento era regolarmente succeduto in amendue le ali: da ciò l'assoluta impossibilità ad essere estratto. Si pensò mi disse il dott. *Belluzzi*, a rendere libere le ali del pessario tagliando le aderenze, ma per non fare un operazione dolorosa e cruenta si credette troncare in un punto il pessario medesimo come ho detto superiormente, il che credo sia stato fatto con vero criterio pratico, giacchè lasciando quelle briglie la donna potrebbe forse trovarsi in oggi radicalmente guarita del prolasso, dovendosi di necessità per quel fatto essere ristretta e robustita la vagina medesima: il tempo ha confermato le nostre previsioni, giacchè il dott. *Pilla* mi ha assicurato che questa donna non ha più avuto bisogno del pessario, trovandosi notevolmente migliorata.

L'illustre mio maestro Prof. *Rizzoli*, sempre benemerito alla pratica chirurgica, ha ridotto il pessario, che dirò del *Giordano*, ad un congegno nel generale dei casi utilissimo, di facile applicazione, e scevro per conseguenza d'incomodi per parte delle donne inferme di prolasso più o meno grave, o della vagina semplicemente, o dell'utero, o simultaneo di questi due organi, o del rettocele, o del cistocele vaginale.

Uno degl'inconvenienti del pessario del *Giordano* era riferibile alla sua applicazione, le donne cioè non tanto facilmente si prestano alle manovre per essere posto in sito, la sua applicazione colle dita della persona dell'arte si rende alcune volte alquanto molesta e dolorosa; ebbene, il *Rizzoli* vi ha provveduto mediante una particolare pinzetta, che mentre serve ad abbracciare e chiudere il pessario senza il bisogno del laccio, apporta nel tempo stesso il grande vantaggio che l'inferma da se medesima può introdurselo in vagina senza il concorso di aiuto.

La nominata pinzetta assomiglia ad una comune pinzetta da medicatura, diversifica da questa, (Vedi la Tav. fig. 1.ª) che gli anelli (*a*, *b*,) si possono rendere immobili una volta che siano messi a contatto, mediante una lamina metallica ricurva (*c*)

posta all' estremità dei detti anelli, la quale lamina metallica ha un lato articolato a cerniera (*d*) con uno degl' anelli, (*b*) mentre l' altro estremo libero, mediante una piccola fessura (*e*) scavata nella lamina, ad un centimetro circa di distanza, può rendersi parimenti fisso sull' anello opposto coll' intermezzo di un dente (*f*) sorto su quest' istesso anello (*a*) con che dette parti vanno a formare un tutto continuo: da questo lato la nominata lamina è un poco sporgente all' infuori (*g*), il che deve servire ad agevolare l' allontanamento della medesima nel secondo tempo dell' applicazione del pessario. Chiusa la pinzetta e serrata coll' intermezzo della lamina (Vedi fig. 2.ª) se la si esamina da questo lato inferiore rinvengonsi tre aperture, due laterali ovalari, e corrispondono ai consueti anelli delle pinzette, l' altra posteriore (*h*) od anteriore a seconda della posizione che viene data all' istrumento, e questa terza apertura si accosta alla triangolare a base inferiore: questi tre occhielli servir devono alla posizione delle dita nell' atto dell' applicazione del pessario; le due branche di questa pinzetta hanno le estremità ottuse, mancano delle cucchiaje come le comuni pinzette da medicatura, sono concave internamente in modo da potere abbracciare nel suo seno (*i*) completamente il pessario (Vedi fig. f.ª); infine è da notarsi che ogni qualvolta la pinzetta trovasi chiusa coll' intermezzo del pessario, i due occhielli della medesima distano fra di loro circa due millimetri e ciò è fatto all' uopo di agevolare l' allontanamento della lamina e disimpegnarla dal dente che la tiene fissa agl' occhielli, e stringendo il dito pollice e medio che si trovano interposti entro gli anelli medesimi, questi accostandosi reciprocamente, il dito indice con molta facilità potrà allontanare la nominata lamina. Misurata metricamente la pinzetta ha i seguenti diametri: è lunga centimetri 15, il massimo divaricamento delle estremità ottuse è di centim. 7, dall' articolazione all' estremo superiore centim. 9, dall' articolazione alla parte inferiore centim. 6.

Il pessario ha la forma di quello del *Giordano* (Vedi fig. 3.ª) esso è ricoperto in ogni sua parte di gutta-percha, ed anche nella molla o verme, con che si ottiene il vantaggio che anche una piccola porzione metallica non resti a contatto della mucosa vaginale.

Ad agevolare l' intendimento dell' applicazione dell' istrumento in discorso, dividerò questa manovra in tre tempi:

1. Preparato il pessario ben unto con olio o con pomata, e bene collocato fra le branche della pinzetta (Vedi fig. 2.) avvertendo che l' estremità ottusa delle medesime branche non superino la circonferenza del pessario, si fermano coll' intermezzo della lamina come in addietro ho detto, e postasi la donna in letto nella posizione orizzontale, od anche in piedi col tronco però alquanto rovesciato all' indietro, colle coscie ben divaricate, abbraccia la pinzetta colla estremità rivolta verso la vulva, ponendo il dito pollice e medio della mano destra nei due anelli laterali, mentre l' indice della stessa mano cade naturalmente nell' apertura anteriore; in tal modo tenendo la pinzetta come nascosta nel cavo polmonare della sua mano che in questo momento trovasi nel massimo grado di pronazione, cioè a dire col dorso rivolto in alto, colla mano sinistra invece allontana le grandi labbra della vulva onde permetterne l' introduzione del pessario, il quale con un movimento di basso in alto e leggermente di avanti all' indietro viene introdotto in un colla pinzetta in vagina, avvertendo che le ali del pessario corrispondino ai lati della medesima: l' inferma lo porta in alto a seconda che crederà più opportuno, come ancora verrà dalla medesima spinto a quel grado che non gli arrechi alcuna benchè lieve molestia.

2. Stringendo un poco gli anelli laterali della pinzetta ed allontanando l' indice che trovasi insinuato nel triangolo formato e dalla lamina metallica e dalla parte interna degli anelli della pinzetta, questa lamina metallica spinta in avanti dal dito abbandona il dente, le branche della pinzetta dolce-

mente si scostano per l'azione dilatante del pessario che obbedendo alla forza della molla si allargano con più o meno celerità, e ciò a seconda che l'inferma più o meno sollecitamente allontana colle sue dita interposte fra gli anelli della pinzetta le branche della medesima, e non è che a ritirare la detta pinzetta il che forma il 3.° tempo e la manovra è compiuta; qualora poi trovasse la donna difficoltà a disimpegnare la lamina dal dente, poggiando l'apice del pollice o dell'indice della mano sinistra sulla porzione sporgente della lamina viensi senz'altro ad allontanarla, per nulla alterandosi anche da ciò l'andamento regolare dell'applicazione; ed ecco come la donna può valersi di questo istrumento, mentre per estrarlo non ha che introdurne il dito indice della mano in vagina, uncinarne una delle ali circa nella sua metà, e con un movimento di abbassamento rovesciare il pessario dal lato corrispondente al dito; quindi con lievi trazioni estrarlo gradatamente dalla vagina facendogli percorrere una linea curva assecondando l'asse dell'escavazione: con questo si ottiene il grande vantaggio di spesso lavare il pessario, ed allontanare così il fatto del fetore disgustosissimo che proviene dalla presenza di questi corpi in vagina, si esamina e si ripara alle rotture che potrebbero accadere nella parte metallica e nella guttapercha che lo veste, s'impedisce che si approfondi e s'innichi in qualche lacuna vaginale, che ne succedano aderenze, come accadde ai dottori *Belluzzi* e *Pilla*, nel caso surriferito, e ben volentieri può a suo beneplacito la donna adempiere all'ufficio di sposa, giacchè nell'atto del coito verrebbe estratto, per essere da essa medesima riposto cessato il medesimo: anzi il *Rizzoli* dà per precetto alle donne di levarlo tutte le sere nell'atto che si coricano in letto, onde pulire le parti, e così evitare tanto più facilmente le irritazioni, i catarri, le escoriazioni intra-vaginali ecc. in questo modo ridotto il pessario è di un vantaggio incalcolabile, ed io per mia esperienza, avendolo usato in parecchie mie inferme di prolasso dell'utero,

posso asserire di avere sempre avuto a lodarmene, meno nel caso surricordato di eccessiva sensibilità morbosa della mucosa vaginale, nel qual caso come in addietro ho narrato, fui costretto ricorrere alla perineo-cheilorafia: dirò pure che il *Rizzoli* lo ha usato, e l'usa in pratica con pari successo al mio, come voglio credere che la successiva esperienza sarà favorevole a questa forma di pessario, tanto utilmente corretto dal *Rizzoli*, sicuro che in molti casi dovrà essere preferito a qualunque siasi altra forma fino ad oggi conosciuta: non è d'uopo aggiungere che la grandezza del pessario è varia, e ciò è in relazione alla ampiezza e lunghezza della vagina che non essendo in tutte le donne eguale, sta poi nel criterio del chirurgo di sceglierne uno piuttosto che un altro. E qui vi presento, o Accademici Prestantissimi, il pessario e le pinzette in discorso perchè le esaminiate, i quali istrumenti sono stati con tutta l'esattezza fabbricati dai nostri egregi ed abilissimi artisti fratelli Lollini.

Da ultimo richiamando ciò che scrissi nella mia prima Memoria sulla perineo-cheilorafia, e quanto ho in oggi detto su di questa operazione, credo poterne dedurre le seguenti conclusioni:

1° Che la perineo-cheilorafia è operazione facile, alla portata di qualunque chirurgo, e scevra da pericoli.

2° Che le donne operate con questo mezzo, col passare dei mesi possono guarire completamente del prolasso anche nei casi in cui siavi ipertrofia longitudinale sopra vaginale del collo dell'utero.

3° Che questa operazione è riservata nei grandi prolassi o cadute dell'utero, di prolassi o cadute della vagina, di voluminosi cistoceli, e rettoceli vaginali.

4° Che quest'operazione non impedisce l'accoppiamento ed il fecondamento, e che accaduto questo ne può succedere spontaneo il parto, senza la recidiva della malattia.

5° Infine, che avute certe cautele non forma ostacolo l'a-

trofia delle grandi labbra o la soverchia ampiezza dell' osculo vaginale.

Spiegazione delle figure — N. B. *le dimensioni sono al vero.*

Figura 1. Addimostra la pinzetta del *Rizzoli.*

a. b. anelli della pinzetta.

c. lamina metallica ricurva, mobile.

d. articolazione a cerniera della detta lamina metallica.

e. fessura scavata nella lamina metallica per ricevere

f. il dente.

g. porzione sporgente della lamina per l' applicazione dell' estremità del dito onde disimpegnarla dal dente.

i. seno delle branche della pinzetta, il quale seno deve ricevere il pessario.

Figura 2. Pessario e pinzetta preparata per l' applicazione intravaginale.

h. terzo spazio risultante dalla riunione della lamina coi manichi.

Figura 3. Pessario del *Giordano* nel massimo grado di divaricamento delle ali, e vestito di gutta-percha.

l. m. ali — *n.* molla a verme che riunisce le ali.

Figura 4. un' ala del pessario.

Anatomia patologica della sifilide — Appendice *di P. Gamberini.*

Il ch. Clinico di Roma Prof. *Guido Baccelli* giustamente meco lagnavasi come noi italiani usiamo » portar sempre sul labaro dei nostri studi nomi e cose straniere » mentre l'Italia può essere altera delle proprie scoperte, spesso dimenticate, di sovente respinte, e d'ordinario trasformate nella sola corteccia dallo straneo che se ne abella come trovato glorificante il suo nome e la sua nazione. Nella mia prolusione al corso clinico delle malattie veneree e cutanee pel 1865 (1) sono io pure parzialmente incorso nel peccato, cortesemente indicatomi dal sullodato Professore con suo gradito foglio del 5 Settembre 1865: volendo quindi farne una qualche amenda, ben dovuta alla mia Nazione, passo ora a dire le cose di anatomia patologica che gli italiani parlarono relativamente alla sifilide.

E anzi tutto ragion vuole che io faccia noto quanto pubblicava sulle affezioni sifilitiche del centro circolatorio lo stesso Prof. *Baccelli* nella sua recente Opera » Patologia del Cuore e dell'Aorta ». Alla pag. 212 del 1. Volume ragionando l'Endocardite sifilitica leggonsi le seguenti cognizioni.....

» Havvi un' endocardite lenta sifilitica..... cupa nell' origine,
» lentissima nel corso, ma non meno delle altre perniciosa per
» gli effetti, si palesa al medico per le stesse indagini che de-
» scrivemmo necessarie, e per analoghe espressioni sintomati-
» che. Analoghe dissi e non simili poichè quivi la forma dolo-
» rifica e la irregolarità circolatoria siano di assai più rare
» che nella precedente specie (endocardite urica e podagrica).
» L'anatomia patologica presenta vegetazioni ed ulceri carat-
» teristiche, ed è ben ragionevole la presunzione per la quale

(1) Bullett. delle Scienze Med. Vol. 23 pag. 81 Fasc. Agosto Anno 1865.

» ritengonsi queste ulceri fatte, siccome novelle scaturigini di
» continuata infezione. I sifilografi del giorno che hanno spin-
» te le disamine loro tant' oltre su cotesto argomento, cosic-
» chè in talun punto riescano soverchio, non hanno poi bada-
» to quanto era mestieri a questo fatto principe. Noi li invi-
» tiamo a non trasandarlo, anche perchè in questa congiuntu-
» ra la medicina curatrice può riescire brillante..... in un con-
» sulto per tal signora..... la endocardite era luminosamente
» provata, ma non meno di questa la origine. Un aspro rumo-
» re sistolico nel primo intercalare supplantava il secondo suo-
» no. Rumore evidentemente prodotto da vegetazioni delle val-
» vole aortiche. Un metodo di cura interno e sopra tutto l' uso
» continuo del mercurio sull' aree vescicate corrispondenti alla
» sottoposta lesione, vinsero compiutamente il rumore organico
» e gli altri sintomi di endocardite. In cosifatte congiunture
» ogni dubbio etiologico dileguasi, quando esistendo chiarissima
» una forma endocarditica, con un rigido metodo eliminativo se
» ne lumeggi la causa ».

Tenendo sommamente a calcolo l' espressione sintomatica esposta dal ch. *Baccelli* non che i rilievi stetoscopici sumenzionati, io credo però che il diagnostico dell' endocardite sifilitica si debba anzi tutto dipartire dall' esame diligentissimo delle successioni della sifilide che esordendo dalla cute e dalle mucose s' indirizza col tempo a guastare gli organi prima glandolari, poscia gli altri visceri, fra quali io vidi essere ultimi ordinariamente il cuore ed il cervello. Da alcune mie osservazioni cliniche ho rilevato che un argomento giustificante la diagnosi di lesione celtica del cuore, si fu la precedente offesa sifilitica muscolare, quali la reumatosi, la contrattura, e la gomma; i quali morbi vuoi lasciati a se, vuoi non bastantemente curati diedero ragione dei successivi disordini specifici del centro circolatorio, locchè è facile ad intendersi e ad accogliersi dal medico pratico.

Altri segni spettanti all' offesa sifilitica del cuore furono

per me la qualità ed il momento della cardiopatia. Il dolore per la sua qualità ricordava ora il lancinante ma fugace della periostosi, ed ora un indefinito senso di molestia sorda, non continuo, ma ricorrente a più o meno lunghi intervalli: il momento poi della cardiopatia seguì in generale l'abitudine della sifilide, vale a dire apparve od incalzò solo dal tramonto al risorgere del sole; locchè fu per me segno capitale diagnostico in accordo con quanto ho già esposto. La stetoscopia potrà valere *agli esperti* per iscoprire le cardiopatie sifilitiche; ma se loro è tolta l'anamnesi esatta della labe venerea nei suoi rapporti col soggetto dell'osservazione, se l'induzione non è temperata e scrupolosa, lo stetoscopio diventa mezzo capacissimo di favorire l'errore.

Il sommo *Morgagni* in varie sue lettere ci offre le seguenti auree cognizioni: dimostra i guasti meningei e cerebrali, dell'epiglotide, della laringe, del polmone, dell'uretra, dell'utero e va discorendo, che armonizzano colla lue venerea: ma ove si apprendono auree cose si è nella Let. 58 che ragiona della lue venerea: e quivi riporta tosto due osservazioni del *Valsalva*, in una delle quali è detto come la necroscopia svelasse in donna tormentata da dolori osteocopi essere le ossa innominate, delle coscie, le tibie e la volta del cranio flessibili a mo di cartone, spugnose alla superficie, e cariate in alcuni luoghi nel loro centro. Il *Gabrielli* osservò e descrive un fatto simile.

Il *Gagliardi* trovò del pari colpiti dall'ammollimento delle ossa coloro che vanno soggetti sopratutto a dolori venerei.

La seconda osservazione del *Valsalva* narra come un bolognese tormentato da dolori venerei venne colto da un tumoretto alquanto molle sul maleolo tibiale, che inciso lasciò sortire molta *gelatina gialla:* il *Valsalva* lo disse gomma venerea. È degno di nota come egli incidendo questi tumori ed asportandone il contenuto, abbia conseguite complete guarigioni. Il *Valsalva* aggiunge non essere necessario che tali gomme si

formino sotto il periostio, nè che siano raccolte in una tunica particolare.

L'asserto del *Valsalva* è il punto di partenza alla cognizione delle gomme cutanee e delle viscerali. Le gomme ossee furono note a *Nicola Massa*, a *Fabrizio* d'Acquapendente e a *Fracastoro*.

Antonio Molinetti vide tre gomme bianche attaccate alla dura madre e *Guarimani* osservò gomme nate sul cervello.

Nella Let. 9 il *Morgagni* ragionando le gomme del capo osserva come per lo più incominciano sotto i tegumenti e corrodono il cranio.

Le cose brevemente esposte ci fanno edotti come fosse noto ai sommi italiani indicati tutto che spetta alle gomme sifilitiche per origine, per sede, e per esiti ordinari delle medesime.

Perciò che spetta alla sifilide viscerale parla il *Morgagni* di pulmone purulento nelle lettere 18, 22; di rene purulento o viziato nelle lettere 4, 42, 44 e 48. Sono poche cose ma bastevoli a mio avviso per conoscere che alla sapienza italica non isfuggì l'opera malefica della sifilide sui vari organi dell'uomo.

Il Dott. *Galligo* di Firenze unitamente al ch. prof. *Pacini* istituì osservazioni microscopiche sopra alcune vegetazioni veneree (1), dalle quali emerse non essere quelle che un'ipertrofia speciale del derma, delle sue papille e dell'epidermide.

Le lesioni sifilitiche del nervo ottico consistenti vuoi nel rammolimento, sia del chiasma che dei nervi ottici stessi, ovvero in una flogosi della retina, furono rinvenute e descritte dal *Magni*, dal *Quaglino* e dal *Fano*. Al *Tanturri* di Napoli spettano non poche nozioni relative al neoplasma sifilitico iniziale. Vedi il giornale — Il *Morgagni* Anno 7.° pag. 389.

Queste poche cose bastano a chi crede nella sapienza sifilografica italiana.

---

(1) Trattato delle malattie veneree del cav. *Galligo* pag. 325.

SUNTO DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Ortopedia. — Sulla scoliosi, o deviazione della colonna vertebrale. — Memoria del Prof. Eulemburg di Berlino. (continuazione e fine V. pag. 212).

Ogni movimento specifico attivo deve essere fatto con un ritmo tale, che la forza impiegata dal malato e dal ginnasta, sia debole da principio, poi aumenti, e infine diminuisca di nuovo e progressivamente; i muscoli dovranno essere posti tre volte di seguito in attività, con un intervallo, ogni volta, di cinque secondi; questa triplice azione costituirà un *movimento totale* che sarà ricominciato dopo un riposo di cinque minuti.

L'A. espone quì il quadro particolareggiato dei movimenti specifici, applicabili ai diversi gruppi di muscoli che determinano una deviazione della colonna vertebrale, della spalla ecc. Ne citeremo alcuni esempii.

1.° *Forme di movimenti specifici da impiegarsi pei muscoli che flettono il segmento dorsale della colonna a destra, nella scoliosi abituale destro-convessa.*

Primo modo. — Malato seduto sopra una sedia o su di un banco; i piedi dovranno riposare sui suolo con tutta la superficie plantare; sarà assicurato in questa posizione da un assistente che starà in ginocchio dinanzi ad esso, e premerà colle sue mani sul terzo inferiore delle coscie, mentre un altro assistente sul di dietro, lo terrà fisso con le mani sulle anche. Il braccio destro dell'ammalato, sollevato parallelamente all'asse verticale del corpo; la palma della mano, diretta al di dentro; il braccio sinistro collocato così, che la palma della mano si trovi all'occipite.

Il ginnasta, in piedi a sinistra dell'ammalato, colloca la palma della sua mano sinistra alla parte esterna dell'avam-

braccio destro, disteso dall'ammalato. Mentre questi, per una contrazione volontaria dei muscoli flessori laterali, si sforza di flettere il segmento dorsale, di guisa che il punto estremo della convessità diviene il punto più profondo di curvatura concava, il ginnasta con uno sforzo, agente da destra a sinistra, eserciterà una lieve resistenza, come se volesse attirare il tronco verso di sè; a questo effetto, egli dovrà con la sua mano destra, indicare all'ammalato il punto più convesso della sua colonna; affinchè questi vi diriga tutta la sua attenzione in un movimento studiato di flessione. Ottenuta questa flessione, si lasci l'ammalato in riposo; per alcuni secondi si cesserà da ogni sforzo, senza però che il ginnasta abbandoni colla sua mano destra l'avambraccio del malato; ambedue poi ricomincieranno la manovra. Avendo la estensione del braccio allungata la leva, i muscoli malati del paziente agiranno per ciò in condizioni di forza tanto più sfavorevoli, quanto lo saranno di più pel ginnasta; di tal guisa quest'ultimo potrà, anche con *lieve* sforzo, impedire che l'ammalato gli resista lungamente, e dopo una contrazione passeggera, i muscoli di esso ricadranno rilassati, la scoliosi si riprodurrà. Il punto capitale nella esecuzione di questi movimenti e di tutti quelli ad essi analoghi, si è, che sempre si pone l'ipomoclio al punto più elevato della convessità della curvatura scoliotica, poichè là si trova il grado più pronunciato di rilasciamento dei muscoli. Dissimo già che dopo alcuni secondi questi movimenti saranno ancora eseguiti per due volte; dopo queste tre riprese, durante le quali l'atteggiamento dell'ammalato sarà *mantenuto fermo*, riposo di cinque minuti; l'ammalato potrà camminare liberamente nella stanza; si ricomincierà di poi, e si perverrà fino ad eseguire 10-12 *movimenti totali*.

Secondo metodo. — L'ammalato avrà, come precedentemente, il braccio destro rilevato e disteso; il piede destro collocato all'innanzi, come se incominciasse a camminare, e si appoggierà con la superficie esterna della coscia sinistra con-

tro un albero, un trave orrizzontale ecc., collocati all'altezza del trocantere: il peso del tronco cade perciò sulla gamba sinistra. A destra, un assistente fisserà l'ammalato stringendo con ambe le mani contro l'anca destra; a sinistra si troverà il ginnasta, cioè a dire dall'altro lato dell'albero. La manovra sarà la medesima della prima posizione.

Terzo metodo. — Malato coricato sopra una panca imbottita, con la superficie anteriore delle gambe in modo che tutto il tronco sorpasserà la estremità libera della panca; a questo effetto, un assistente da ciascun lato lo terrà in questa posizione, applicando le sue mani alla superficie posteriore dell'arto inferiore corrispondente. L'ammalato applicherà fortemente la palma della mano sinistra contro l'occipite, e solleverà il braccio destro paralellamente all'asse del corpo. Il ginnasta, a sinistra, collocherà la sua palma a sinistra sulla superficie esterna di questo braccio disteso e procederà come fu descritto più sopra.

2.° *Forme di movimento pei muscoli flessori laterali del segmento lombare, cioè a dire gli inter-trasversali e il quadrato dei lombi dal lato sinistro, nella scoliosi abituale lombare sinistro-convessa.*

Primo metodo. — Malato ritto sul piede sinistro, col piede destro appoggiato su di uno sgabello, col ginocchio flesso; un assistente lo terrà fermo con le sue due mani, appoggiate sul terzo inferiore della coscia destra. Un altro, a sinistra, fisserà l'anca sinistra, appoggiando le sue mani sulla cresta iliaca. Il ginnasta a destra; l'ammalato deve allora sforzarsi di flettere il segmento lombare sinistro, mentre il medico cercherà di opporvisi con la sua mano collocata alla superficie esterna dell'avambraccio disteso dell'ammalato. Qui sopratutto è duopo di fare attenzione che l'ipomoclio cada sul punto più elevato della convessità; senza di ciò l'attività muscolare desiderata, non solo non si otterrà, ma potrà ancora essere nociva, poichè si farà partecipare all'esercizio una parte dei

muscoli situati alla *concavità* sinistra del segmento dorsale; muscoli in istato di accorciamento o di contrazione, che già la vincono sui loro antagonisti della convessità.

Secondo metodo. — Ammalato in piedi, col braccio disteso e sollevato, col piede destro in avanti, di modo che il peso del tronco cada sulla gamba sinistra; in questa posizione saranno innervati, non solo i muscoli della gamba sinistra, ma anche i muscoli dorsali sinistri fino alla altezza delle vertebre dorsali inferiori; di più, l'ammalato dovrà appoggiarsi a livello del troncatere destro contro l'albero orrizzontale ricordato più sopra, e sarà tenuto fermo in questa posizione da un assistente, che con le sue mani farà pressione sull'anca sinistra. Il ginnasta a destra terrà l'avambraccio sinistro. La manovra è eguale che nel primo metodo.

Terzo metodo. — Malato coricato su di una panca come fu descritto più sopra, e mantenutovi da due assistenti; braccio sinistro completamente sollevato e disteso parallelamente all'asse del corpo; ginnasta a destra.

Quarto metodo. — Malato in piedi su di uno sgabello, appoggiato ad un fusto guernito in pinoli da ogni lato; egli si appoggierà a questo fusto col lato destro del corpo in tutta la sua altezza, mentre il braccio sinistro, rilevato al di sopra del capo, si atterrà ad uno dei pinoli. Un assistente lo fisserà al tronco ed al piede destro. Il ginnasta a sinistra; L'ammalato, contraendo il quadrato dei lombi e gli intra-trasversali sinistri, cercherà di sollevare l'anca sinistra; movimento nel quale la gamba sinistra sarà un po' in adduzione; il ginnasta farà resistenza con la mano collocata sulla gamba sinistra, vicino ai malleoli, ecc. ecc.

Nel constatare la influenza che esercita l'attività predominante del braccio destro sulla direzione della scoliosi, si è domandato se non si potesse conseguire un risultato terapeutico, facendo esercitare ai fanciulli il braccio sinistro nello scrivere, nel disegnare, ecc. Questa cura non è logica che in apparen-

za. Innanzi tutto, si incontrerebbero difficoltà enormi e pressochè insuperabili. Da parte del malato, sarà pressochè impossibile di contenere per istinto e *con esattezza* i muscoli rilasciati della convessià; se, a questa contrazione, partecipano gruppi di muscoli situati più in alto o più al basso, l'esercizio sarà inutile ed anche dannoso, perchè non bisogna dimenticare che nella scoliosi abituale, oltre la curvatura primitiva, si ha a fare anche con una curvatura secondaria di compenso e di direzione contraria.

Tutto al più, si potrebbe ottenere qualcosa, forzando l'ammalato a dedicarsi *per anni ed esclusivamente,* ad eseguire colla mano sinistra quel lavoro che, praticato colla mano destra, diede luogo alla scoliosi. L'A. esperì questo mezzo in parecchi affetti da scoliosi, con l'assenso dei parenti, e solo come mezzo coadjuvante la cura; ebbene; la nuova abitudine fu sempre e incredibilmente penosa per l'ammalato, e lo scopo non fu raggiunto che molto incompletamente.

Non devono obliarsi i *movimenti passivi*, che si eseguiscono nella ginnastica svedese. Tra i molti movimenti di questo genere ai quali l'ammalato non partecipa attivamente, l'A. non ne adotta nella scoliosi che due forme, il bilanciamento laterale e la rotazione circolare. Lo scopo di questi due movimenti, che eseguisce a periodo avanzato di malattia, quando già vi è la deformazione a cono, si è di tentare d'impedire la produzione dell'anchilosi. Si praticano coricando l'ammalato orizzontalmente, e come più sopra si è detto.

Della galvanizzazione locale. — Innanzi tutto; l'A. crede di far osservare che se questo mezzo gli ha procurati molti successi in casi di paralisi reale, non ha mai potuto fargli conseguire una guarigione della scoliosi abituale colla galvanizzazione usata *esclusivamente.* Ottenne, è vero, dei risultati, ma soltanto *temporarii.* Ciò si comprende: nella scoliosi abituale non vi ha che debolezza originaria dei muscoli in questione, dovuta ad *attività volontaria negletta;* quello adunque

che quì richiedesi per ristabilire l'equilibrio, è di rinforzare questa *energia volontaria*, di risvegliare la vitalità nei muscoli indeboliti.

Per contrario, la galvanizzazione locale è un mezzo *superiore*, quanto alla prontezza dei risultati, quando trattasi di paralisi; caso molto frequente pei muscoli isolati dell'omoplata, sul quale la conseguenza di questa paralisi è necessariamente una deviazione della spalla (V. più sopra).

Conviene avvolgere con una spugna piccola e fina la estremità cutanea degli eccitatori; questa spugna ed il punto cutaneo da avvolgere dovranno essere, prima di ogni loro applicazione, molto umettati con acqua salata, tiepida. L'A. del pari che *Duchenne*, è convinto che si ottiene assai più con la *corrente interrotta*. Egli si serve da anni di un apparecchio costruito sul modello di quello di *Dubois-Reymond*, che mette in attività con una batteria di *Daniel*, comunicante coll'apparecchio, mediante due fili di rame.

Avendo osservato che un'azione troppo prolungata o troppo intensa della elettricità, *indebolisca* la irritabilità dei nervi e dei muscoli, egli vuole che non si applichi la corrente, se non fino a produrre la contrazione, nella paralisi muscolare; e la sensibilità se trattisi di anestesia cutanea; vuole inoltre che l'applicazione non sorpassi dai 5 ai 10 minuti; se, in capo a questo breve periodo, non si consegue l'effetto, giova più l'attendere 8 a 15 giorni prima di ripigliarla.

Il metodo *indiretto* (cioè a dire quello in cui si pone un elettrode sul muscolo, e l'altro al punto di entrata nel muscolo del suo nervo) è generalmente preferito; l'effetto è più pronto, più intenso, e ordinariamente anche meno doloroso. Ma non è applicabile a tutti i muscoli, specialmente per quelli nei quali i nervi penetrano per la loro superficie posteriore. *Remak* ha bene precisata la legge di questo metodo. Per ottenere la più forte contrazione con la corrente possibilmente più debole, fa mestieri applicare il conduttore, a *piccola estre-*

mità arrotondata, al punto in cui il nervo penetra nel muscolo, e l'altro conduttore a estremità più larga, sul muscolo stesso; laddove il punto di penetrazione è inaccessibile, è duopo cercare il tronco nervoso che si dirige verso il muscolo. Gli elettrodi devono essere energicamente applicati. Collocato il primo, bisogna applicare il secondo con un movimento rapido di pressione; l'esitanza provoca una sensazione disaggradevole ed anche dolorosa per l'ammalato. Deesi inoltre aver cura di ben fissare la parte del corpo su cui si opera, affine che non devii sotto la influenza della pressione dell'elettrode.

Il polo positivo ha un'azione più intensa sui nervi sensibili e motori; egli applica questo polo sul nervo motore, chiude il circuito, ed applica in seguito il polo negativo sul muscolo.

I muscoli che influiscono direttamente sulla origine della scoliosi, essendo in generale, per la profondità della loro posizione, poco adatti alla galvanizzazione indiretta, l'A opera così: applica fortemente due elettrodi, terminati da un piccolo bottone e molto vicini l'uno all'altro, alle convessità della curva, alla incavatura situata fra le apofisi spinose e le trasverse. Egli incomincia sul mezzo della curva ed alterna, partendo co' suoi elettrodi da questo centro e dirigendosi verso l'una e l'altra delle estremità della curva. Sovente egli riuscì in questo modo ad ottenere il raddrizzamento del segmento deviato; durante il tempo della galvanizzazione. Ottenne pure lo stesso effetto nella scoliosi lombare, per la faradizzazione intra-muscolare del quadrato dei lombi, fors' anco degli intra-trasversi, alla convessità della curva.

I mezzi dei quali fu discorso, non sono bastevoli che pei due primi gradi della scoliosi. Nel terzo grado, conviene inoltre adempiere alla quarta indicazione (V. più sopra), relativa alla differenza di altezza delle cartilagini intervertebrali e delle vertebre, in ambedue i lati della curva (deformazione cuneiforme).

È duopo, innanzi tutto, per arrestare il progresso di questa deformazione, evitare la predominanza del peso che subisce il lato concavo, nella posizione verticale del corpo; per poco sia avanzata, si dovrà far sì che l' ammalato rimanga in una *posizione orizzontale* tante ore al giorno, quante lo permettano le altre esigenze della cura. Il letto non deve essere nè troppo duro, nè troppo molle; egli raccomanda un letto ordinario, guernito, anzichè di molle elastiche, semplicemente di tavole, sulle quali si collocherà un materasso, sufficientemente ripieno di crini di cavallo.

La posizione da mantenere è il decubito dorsale, con estensione completa di tutta la colonna vertebrale; essa dovrà essere raddrizzata con le manipolazioni, già descritte, e l'ammalato si sforzerà a tenere la posizione che gli viene data. Abbisognerà specialmente, quando pel sollievo dell' ammalato si muterà la posizione de' suoi arti, aver cura che questi ricevano una nuova posizione *molto esatta*, sapendosi bene come le braccia influiscano sopratutto sulla direzione della curvatura.

Una lunga esperienza insegnò all'A., che il maggior numero degli affetti da scoliosi, non si determinano a farsi curare che nel secondo o terzo periodo del male, cioè a dire in epoca, in cui la deformazione si manifesta indubiamente. In questo periodo è necessario che, oltre alla posizione orizzontale, serbata nella notte (nove a dieci ore), gli ammalati la conservino per quattro ore anche nella giornata, distribuendo il tempo come segue: dalle nove alle undici ore, ginnastica svedese; dalle undici a un' ora, posizione orizzontale; dalle quattro alle sei *idem;* e così la notte dalle dieci alle sette ore del mattino. Questa posizione, con o senza apparecchio, non deve esser tenuta dall' ammalato in modo *permanente* che nei casi di *scoliosi rachitica.*

Infine gli *apparecchi meccanici.* Quantunque specialmente applicabili alle scoliosi rachitiche ed empiematiche, essi possono nullameno tornar vantaggiosi nei casi di scoliosi muscolare

quando, 1.° i muscoli in discorso sono estremamente deboli; 2.° la intelligenza del fanciullo non sia sufficiente a comprendere i movimenti ginnastici speciali da eseguire; il che per buona ventura è raro; 3.° il fanciullo non abbia tanta fermezza di volontà per abbandonare, nella posizione verticale, l'atteggiamento vizioso che aveva adottato; il che sfortunatamente riscontrasi di spesso; 4.° la deformazione conica sia troppo avanzata per lasciar sperare una guarigione radicale, ciò che quì può farsi si è, cercare di opporsi ai progressi del male.

L'A. persuaso, nella cura della scoliosi, che niun apparecchio abbia per iscopo di effettuare, mentre l'ammalato è in piedi, la estensione forzata della colonna vertebrale, od anche soltanto una forte pressione sulla convessità della curva, imaginò un corsetto ortopedico, destinato a sostenere il ripristinamento dell'antagonismo muscolare dei due lati. Senza essere complicato questo corsetto si compone di un certo numero di pezzi, il cui modo definitivo di azione non si comprenderebbe che avendolo sott' occhio; gli è perciò che rimandiamo il lettore alla tavola che accompagna questo interessante lavoro.

dott. G. Lauth, di Strasburgo.

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Sessione del 24 Luglio 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

Società Agraria di Bologna *Annali. Vol. IV Bologna* 1865. — Accademia delle Scienze dell'Instituto di Bologna *Memorie. Serie* 2. *Tomo IV Fasc.* 2.° *Bologna* 1865. — Vigorito Nicola *Memoria su di*

una straordinaria elefantiasi tuberosa della Clitoride. Napoli 1865. — MACARI DOTT. FRANCESCO *Del Forcipe. Memoria. Torino* 1865. — ACCADEMIE IMP. DE MEDICINE DE PARIS *Memoires. Tome XXVI. Partie* 1 *e* 2. — FRANCHI DOTT. GIUSEPPE *Dell' Elettricità applicata alla cura delle Paralisi. Dissertazione. Bologna* 1865. — BANCA NAZIONALE *Adunanza generale degli Azionisti tenuta in Torino il* 29 *Marzo* 1865. *Genova* 1865. — MORELLI CARLO *Cenni storici della vita scientifica del prof. Pietro Betti. Firenze* 1865. — SANGALLI PROF. GIACOMO *Sulla organizzazione morbosa del corpo umano. Ricerche. Pavia* 1865. — ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' INSTITUTO DI BOLOGNA *Rendiconto delle Sessioni dell' anno accademico* 1864-65. *Bologna* 1865. SANTOPADRE DOTT. FERDINANDO *Storia di una Gastrotomia praticata per l' estrazione di un corpo estraneo introdotto nel basso ventre. Fano* 1865. — INSTITUTO MEDICO VALENCIANO *Sesion publica. Aniversario XXV. Valencia* 1865. —RIZZETTI DOTT. GIUSEPPE *Statistica medica di Torino per l' anno* 1864. *Torino* 1865. — NIEMEYER F. *Patologia e Terapia speciale*, 2. *Traduzione Disp.* 24 *e* 25. *Milano* 1865.

Il Socio Dott. *Ferdinando Verardini* lesse nella Sessione 29 Maggio p. s. il Rapporto dell'esame fatto dalla commissione composta dei Soci *Rizzoli*, *Versari*, *Brugnoli*, *Romei*, *Modonini* e *Verardini* stesso sui tre fratelli Magri di Pieve di Cento, che è il seguente:

» Presentaronsi il giorno 29 Maggio 1865 alla nostra Società Medico-Chirurgica tre fratelli nani che appartengono alla famiglia Magri, per esserne visitati e conseguire una relazione di quanto sul corpo loro si osservasse.

Chiamansi l'uno Primo, l'altro Ernesto, la sorella loro Amalia. — Sono tutti e tre figli dell' Ecc.mo Sig. Ingegnere Pacifico, e della Signora Carlotta Testoni; civili e buone famiglie di Pieve di Cento.

Tornò assai grato ai Soci convocati di poter esaminare dappresso questi che davvero rappresentano uno tra i più belli fenomeni di natura, ed in ispecie rispetto all'armonia di loro organismi, alla buona salute, non che alla gentilezza ed all' affabilità di modi, i quali dan fede di eletta educazione, e d' intelligenza non comune.

In quella circostanza l' illustre Sig. Prof. Comm. *Francesco Rizzoli* (che anche in quest' anno regge il nostro scientifico sodalizio) tenne acconcie parole intorno quella singolarità chiamando su d' essa l' attenzione de' Soci, de' quali varii ne parlarono dottamente, e dippoi stimò utile nominare una Commissione affinchè potesse con accuratezza e coi dovuti iguardi esaminare que' tre individui, riferirne poscia al Corpo Accademico le proprie osservazioni, e rilasciarne quindi ai richiedenti un autentico documento confermativo delle indagini fatte.

Ebbene adunque, ora la Commissione nominata dà conto per lo appun to del suo mandato, e se ne compiace, e ringrazia per la ragione che ha potuto esaminare per bene uno stupendo fenomeno di natura ed ammirare tre esseri che nullameno diffettino cotanto nello svolgimento del loro corpo, pur tuttavia armonizzano di guisa nelle sue parti da poterli dire sin da questo momento piuttosto unici che rari.

Avverte però la medesima Commissione che si limita specialmente alla semplice e nuda descrizione dello stato organico, non volendo entrare in disquisizioni scientifiche, le quali la trarrebbero assai lungi dal compìto che adesso si è prefisso, e che anzi venne alla medesima assegnato.

Posto ciò ecco adunque il fedele risultamento degli esami fatti complessivamente da tutti i componenti la Commissione, ai quali assistette ancora il Sig. Presidente retro nominato.

Innanzi tratto è a dichiararsi però che osservate le fedi di battesimo, le quali sono regolari, si venne in chiaro che Primo Magri è in età d'anni 15 compiuti, Ernesto di 18, l'Amalia di 27. — Stando pur anco sulle generali diremo che tranne d'offerire tutti e tre nella conformazione del capo un lieve grado d'innormalità, pel resto le forme del corpo sono in tutti di una armonia ammirabile, e veggonsi sott'occhi come in miniatura tre esseri viventi, intelligenti e vegeti, di nostra specie, i quali certo si giurerebbe non avesser raggiunta l'età che pur hanno, ma sembrano bambini.

Diciamo dunque partitamente ora in breve e di ognuno.

Primo Magri è alto Centimtri 91. La circonferenza del suo capo nel diametro occipito-frontale raggiunge i Cent. 48; la sincipito-mentale Cent. 53. Quanto alla circonferenza nel diametro fronto-mentale Cent. 45. Misurata poscia la circonferenza del torace sotto-ascellare, trovossi di Cent. 53; la sotto-mammillare Cent. 54; la circonferenza pelvica Cent. 56. Il diametro poi bi-acromiale segna Cent. 23; il bis-iliaco Cent. 21.

Dall'altezza della base dell'occipite alle piante, numeraronsi Cent. 80; e dalla stessa base occipitale al vertice Cent. 18, i quali due ultimi numeri sommati insieme corrispondono alla già detta misura di Cent. 91, lunghezza di tutto il corpo. Finalmente fatti distendere verso i ginocchi gli arti superiori, si scorse che la regione carpiana delle mani rispondeva perfettamente ai gran trocanteri. Il volto di Primo Magri non ha lanuggine, e manca pure di peli al pube. I testicoli sono piccoli, e per la loro maggior parte nascosti nel canale inguinale. Noteremo da ultimo che il polso à a ritmo regolare; che la respirazione è normale; che palpita il cuore fisiologicamente, ed acceneremo a complemento del fatto che pesato tutto il corpo di questo grazioso nano, verificossi che tocca appena i Chilogrammi 14.

Magri Ernesto è alto Cent. 104. La circonferenza del suo capo, nel dia-

metro occipito-frontale segna Cent. 53; la sincipito-mentale Cent. 57; la circonferenza nella direzione del diametro fronto-mentale Cent. 47; quella sotto-ascellare Cent. 58; la sotto-mammillare Cent. 60; l'altra della pelvi pur Cent. 60. Il diametro bi-acromiale è di Cent. 26; il bis-iliaco Cent. 23.

Presa misura dell'altezza dalla base dell'occipite alle piante è di Cent. 91; da quella al vertice Cent. 13, che sommano appunto i Cent. 104, sua altezza totale. Egli pure ha la regione dei carpi, distesi che siano sulle coscie gli arti superiori, al livello de' gran trocanteri. Non veggonsi peli sul viso, e pochi ne ha al pube; anch' esso nasconde i testicoli quasi sempre nel canale degli inguini, che sono però più sviluppati di quelli del fratel suo; ha pulsazione, respiro, normali, ed il suo corpo pesa Chilogrammi 19.

Precisate queste cose circa ai due fratelli, narreremo alla per fine, e nell'ordine medesimo quanto si riferisse alla loro sorella, val dire all'Amalia Magri. La quale è alta Cent. 105. Presenta la circonferenza del suo capo, nel diametro occipito-frontale di Cent. 48; quelli sincipito-mentale di Cent. 52; del diametro fronto-mentale Cent. 45. La circonferenza poi sopra-mammaria Cent. 61; la sotto-mammillare Cent 57; quella della pelvi Cent. 68. — Il diametro bi-acromiale Cent. 26; il bis-iliaco Cent. 25. In quanto all'altezza dalla base dell'occipite alle piante, si vidde essere di Cent. 95, e quella dall' occipite al vertice di Cent. 10. — Offre anch' essa l'Amalia tutte le sue funzioni regolari; così il polso; così la respirazione; più così da vari anni la stessa menstruazione. — Il peso di tutto il suo corpo ragguaglia Chil. 21.

Ecco tutto quanto possiamo attestare relativamente ai tre nani da noi visitati, la di cui descrizione (unanimemente assentita) persuaderà essere dessi di grande interesse per la Scienza, di grande ammirazione per tutti, sì pe' fatti descritti, sì per derivare da genitori di perfetta costituzione, come ancora per avere fratelli e sorelle che nella mole e nella simmetria del corpo, hanno i caratteri degli individui meglio complessi. Cose tutte queste comprovate ancora dalla narrazione in iscritto dell' egregio medico della famiglia Magri, Sig. Dott. *Giuseppe Veratti*, la quale ci venne pôrta insieme ad altri documenti offertici a schiarimento de' fatti studiati e brevemente accennati.

Fedeli al nostro proposito, non entriamo adunque in qualsiasi disputa scientifica relativamente all'importante subbietto di nostre disamine, e qui facciam sosta. Ci auguriamo però che le nostre succinte osservazioni possano tornare utili ed alla Scienza, e pur a coloro che ne hanno prestato argomento.

10 Luglio 1865.

Ferdinando Verardini, relatore.

Poscia il Socio residente dott. *Demetrio Rasi* lesse la istoria di un fatto assai interessante di innesti vaccinici eseguiti colla linfa presa da un soggetto sifilitico e che portarono sinistre conseguenze. La narrazione viene corredata di molte importanti circostanze e di savie considerazioni che qui non accenniamo nemmeno, già essendo la narrazione pubblicata in questo Bullettino.

Sessione del 17 Agosto 1865.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

HYERNAUX DOTT. M. *Fragments Obstétrique. Bruxelles* 1865. — *Rupture traumatique du vagin et rupture utero-vaginale spontanée. Bruxelles* 1864. — ATENEO VENETO *Atti. Serie II. Vol. II. Puntate* 1. *e* 2. *Venezia* 1865. — VERARDINI DOTT. FERDINANDO *Storia d'Echinococco e d'Atrofia gialla-acuta del fegato. Bologna* 1865. — DEL RIO PROSPERO *Notizie circa la vita del Dott. Giuseppe Parmeggiani Prof. di Clinica Medica. Reggio* 1865. — BONJEAN IOSEPH *Éther sulfurique. ses applications en médecine, dans les arts et l'industrie. Chambéry* 1865. — TAGLIONI DOTT. GIUSEPPE *Consigli di preservazione sul Cholera, Bologna* 1865. — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE *Rendiconti. Classe di Lettere e Scienze Morali e Politiche. Vol. II. Fas.* 3 *al* 6. *Milano* 1865. — *Rendiconti. Classe di Scienze Matematiche e Naturali. Milano* 1865. *Vol. II. Fasc.* 3, 4 *e* 5. — I. R. ISTITUTO VENETO DI SCIENZE LETTERE ED ARTI *Memorie. Vol. XII. Parte* 1. *Venezia* 1864. — *Atti. Tomo X. Serie III. Disp.* 4. *alla* 7. *Venezia* 1864-65. — LANDI PROF. PASQALE *Clinica Chirurgica di Bologna. Malati ammessi dal* 16 *Marzo* 1865, *a tutto il* 30 *Giugno successivo. Bologna* 1865. — ANGELUCCI DOTT. ALESSANDRO *Intorno l'uso della carne cruda in Medicina e specialmente nella diarrea cronica dei bambini. Roma* 1865. — RONCATI DOTT. FRANCESCO *Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso. Bologna* 1865.

Aperta la Sessione si venne all'approvazione del processo verbale dell'antecedente.

Poscia annunziati i libri venuti in dono, il Segretario presentava la Medaglia di Dante coniata in Firenze nell'occasione delle feste del Sesto Centenario della nascita del Divino Poeta; dono di quel Municipio, al quale la Società nostra ne rende le più vive e distinte grazie.

Il dott. *Canuto Canuti* presenta un suo scritto sulla condizione patologica

e sulla cura del Cholera Morbus, il quale per decisione dei presenti viene esposto nelle Sale Accademiche e poscia verrà rimesso alla Direzione del Bullettino.

Si legge quindi una lettera del Sig. Comm. *Bonjean* farmacista a Chambèry, nella quale raccomanda una sua preparazione in cui è combinato l'etere sotto forma di *Elixir de Santé* e che gli sembra utilissimo in molte circostanze morbose ed anche nel Cholera morbus e nelle varie sue gradazioni. Copie di un opuscolo relativo vengono distribuite a tutti i Soci.

Poscia ha la parola il socio res. dott. *Federico Romei* il quale legge un suo lavoro intitolato *Intorno la Perineo-cheilorafia, e su di un nuovo pessario per la caduta dell'utero,* il quale viene ora pubblicato nel Bullettino.

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Esperienze sulla digestione e sullo assorbimento dei corpi grassi, in seguito alla estirpazione del fegato; per *Cajo Peyrani*.

Lo studio della digestione e dell'assorbimento delle sostanze grasse, la cui formola empirica è $C^4 H^7 O + HO$, è ben lungi dall'essere esaurito. Le opinioni di celebri fisiologi vanno tuttora divise non solo rispetto al sugo digerente che operi la loro metamorfosi, ma pur anco riguardo al modo con cui questa compiesi, nella supposizione, probabilmente gratuita, che il grasso ond'essere assorbito, provi un cambiamento chimico. Illustri fisiologi tentarono sperimenti onde raggiungere lo scopo di stabilire a quale, fra i molti sughi che sono versati sulla mucosa intestinale dalle ghiandole digestive, competa l'uffizio di digerire il grasso e di renderlo atto ad essere assorbito dalle cellule epiteliali dei villi intestinali, e quindi penetrare nelle radici dei vasi chiliferi. L'ultima parola su questo argomento non venne per anco pronunciata, epperciò io mi accinsi ad una serie di sperienze ad oggetto di determinare quale sia la parte che ha la bile in questa funzione.

Il grasso, disse *Claudio Bernard,* nel 1849, e poscia *Berthelot* che studiò la questione particolarmente dal lato chimico, viene emulsionato quasi

unicamente dal sugo pancreatico (1); conclusione cui vennero ambidue tratti dallo avere osservato che sostanze grasse neutre, lasciate a contatto del sugo pancreatico dentro un recipiente ed in opportune circostanze, prendevano la forma di un'emulsione, sdoppiandosi in glicerina ed in acidi grassi.

Se questo fatto succede realmente in un vaso inerte ed abbandonato all'aria libera, non ha però luogo nel tubo intestinale, giacchè le sperienze dei due eminenti professori della scuola di *Derpt*, in Russia, *Bidder* e *Schmidt*, pubblicate dal loro allievo *Lenz* (2), provano che nel tubo digerente non effettuasi la saponificazione dei grassi neutri mercè il sugo pancreatico; disparità di risultato che probabilmente è dovuta alla presenza dell'acido idroclorico libero del sugo gastrico. Più tardi poi, vale a dire nel 1856, lo stesso *Claudio Bernard* instituì, in collaborazione con *Barrewill*, parrecchie sperienze sulla digestione dei grassi, e constatò la loro non acidificazione durante la digestione.

Della parte che possa avere il sugo gastrico in questa funzione non occorre spendere parole, posciachè è provato, senza dare luogo a replica, che il sugo segregato dalle ghiandole a pepsina non ha azione di sorta sui corpi grassi.

Il sugo intestinale non vale, per se solo, a rendere i corpi idrocarburati atti a venire assorbiti. Il dott. *Busch*, di Bonn, nel 1858 ebbe campo di tentare sperienze sopra una donna, giacente nella sua Clinica, affetta da ano contro natura. Egli introdusse per l'apertura della fistola sostanze grasse, e vide che queste erano assorbite molto incompletamente, e che lo zucchero di canna, $C^{12} H^{12} O^{12}$ non era trasformato unquemai in zucchero *interverti* ossia glucosio, la cui formola è $C^{12} H^{9} O^{9} + {}_{5}HO$. In questa donna gli altri sughi digerenti, come la saliva, il sugo gastrico, il pancreatico, il biliare, non arrivavano a contatto delle materie alimentari introdotte per l'ano preternaturale, le quali erano perciò sottoposte unicamente all'azione del sugo enterico.

Rimane ora ad esaminare quale sia la parte devoluta al prodotto della secrezione delle cellule epatiche. Sventuratamente, a questo proposito, notasi la stessa discrepanza di opinione circa la sua azione sulle sostanze idrocarburate, che abbiamo già ricordato per gli altri liquidi digerenti.

In seguito alla legatura del condotto coledoco, lasciando pervio il *Wirsungiano*, oppure dietro lo avere stabilito fistole biliari, *Magendie*, *Lassai-*

---

(1) Eberle è quegli che scoprì, nel 1834, il potere emulsionante delle sostanze grasse dovuto al sugo pancreatico.

(2) *Lénz* — De adipis concoctione et absorptione; dissertatio inauguralis. Derpati, 1860.

gne, Tiedemann e Gmelin, Voisin, Philips osservarono che il grasso veniva istessamente assorbito.

A *Blondlot*, di Nantes, riescì di mantenere in vita parecchi anni un cane, in cui ogni comunicazione tra l'apparecchio epatico ed il tubo alimentare era stata intercettata, e che pure digeriva bene alimenti di qualsivoglia natura, e non aveva mai subìto deperimento fisico notevole. Il *Blondlot* ne dedusse quale corollario, per lui inconcusso, che la bile è affatto inutile per la digestione delle sostanze grasse (1).

I due inglesi *R. Brodie* ed *Herber Mayo* vennero invece a conclusioni diametralmente opposte. Essi affermarono che la bile è indispensabile per la digestione e l'assorbimento del grasso, giacchè da parecchie sperienze per essi istituite legando ad un tempo il condotto coledoco ed il pancreatico, notarono che le feci offrivano l'aspetto grassoso, e che l'adipe ingerito non era stato assorbito.

Una serie di sperimenti fatti da *Bidder* e *Schmidt* tende a provare che il grasso può essere assorbito senza l'influenza della bile ma che questa concorre al suo assorbimento (2), giacchè gli stessi due celebri fisiologi di *Derpt* ammettono che la diminuzione nei prodotti utili della digestione dei grassi, risultante dalla mancanza del liquido biliare, è grandissima e si eleva in media a $4/5$ ed anche a $6/7$ della quantità assorbita nei cani, il cui apparecchio epatico funziona normalmente (3).

Schröder, di Göttingen, fin dal 1764 constatò che l'olio emulsionato dalla bile non tarda a separarsene in gran parte, e *William Marcet* leggeva, nel 1857, una Memoria davanti la Società Reale di Londra, da cui risulta che la bile non forma una emulsione permanente coi grassi neutri, ma che essa può caricarsi di molto acido margarico, $C^{34} H^{34} O^{4}$ e stearico $C^{36} H^{36} O^{4}$ Pare perciò che la bile emulsioni gli acidi grassi e favorisca la divisione dei grassi neutri liquidi. Le sostanze grasse giungerebbero perciò nei vasi assorbenti allo stato di composti neutri e non già dopo trasformate o sdoppiate in glicerina $C^{6} H^{8} O^{6}$ ed acidi grassi, come lo stearico, il margarico, l'oleico $C^{36} H^{34} O^{4}$ ecc.

Lascio in disparte la questione se l'assorbimento del grasso avvenga previa la sua emulsione, oppure senza questa operazione preventiva; per me la ritengo risoluta in modo negativo. Infatti, se la bile fosse capace di saponi-

---

(1) *Blondlot* — Essai sur les fonctions du foie, pag. 55. — Paris, 1846.

(2) *Bidder und Schmidt* — Die Aerdauungssäfte und die Stoffwechsel, pag. 255. — Leipzig, 1852.

(3) Gli stessi autori all'opera citata, pag. 223.

ficare le sostanze grasse, dovrebbe anzitutto emulsionare i grassi neutri che entrano nella sua chimica composizione, quali sono la margarina, l'elaina, la stearina e la colesterina C_{28} H_{24} O secondo *Lehmann*, C_{34} H_{72} O_3 giusta *Schwendl* e *Meissner*.

Il sugo pancreatico poi, a detta di *Moleschott*, ne deve sciogliere una piccolissima parte, essendochè basta una minima dose di sugo gastrico a togliergli tale potere, e perchè nel chimo già arrivato nell'intestino non si riscontra sempre la reazione alcalina.

Ma la ragione più possente che io mi abbia di niegare la necessità della previa emulsione dell'adipe, onde questo possa venire assorbito, sta nel fatto che il grasso, nelle cellule epiteliali dei villi intestinali e nei vasi chiliferi non trovasi mai allo stato di sapone, ma bensì di molecole finissime, per nulla diversificanti da quelle che stanno nell'intestino. Operasi perciò solo la divisione minuta delle molecole grassose, locchè succede specialmente in grazia della bile.

Al fine, perciò, di vedere un po' chiaro nella questione dell'influenza che abbiasi ad attribuire alla bile nell'assorbimento dei corpi idrocarburati, ho tentato parecchie sperienze sopra rane, alle quali aveva dianzi estirpato il fegato. Nell'eseguire di tali sperimenti, fatti nel 1863-64, io ebbi spesso ricorso agli illuminati consigli di *Moleschott*, e quivi gli rendo sinceri ringraziamenti.

Il metodo operativo che ho sempre adoperato è il seguente. Sopra una tavoletta quadrata di legno, ogni lato della quale misurava circa 15 centimetri, ed ai cui quattro angoli stavano infissi altrettanti chiodetti, raccomando fortemente le zampe della rana mercè spaghi che, legati attorno ciascuna zampa, si fissano al corrispondente chiodetto; in grazia di questo semplice meccanismo la rana, coricata sul dorso resta ben distesa e non può effettuare movimenti di sorta, o quanto meno debolissimi. Con forbicine, pratico allora alla pelle una incisione di 4 o 5 centimetri sul destro ipocondrio, all'altezza corrispondente alla regione epatica. Seziono poscia in tutta la spessezza il muscolo detto abdomino-omerale da *Dugès* (1), che corrisponde alla porzione costale del gran pettorale di *Meckel*, ed alla porzione addominale del pettorale di *Ecker* (2), precisamente nell'intervallo esistente fra le due ramificazioni muscolari dell'arteria epigastrica ed il muscolo pubio-toracico *(Dugès)* o retto dell'addome *(Ecker)*, e parte dell'addomino-gutturale che è un'espansione del precedente.

---

(1) *Eugès* — Recherches sur l'ostèologie et la myologie des batraciens, pag. 130. — Paris, 1834.

(2) *Ecker* — Die Anatomie des Frosches, pag. 96. — Braunschweig, 1864.

A questo punto rimane sotto lo stromento unicamente il peritoneo, cui, appena fatta una piccola incisione, si scorge a nudo il lobo maggiore del fegato.

Apro quivi una parentesi per osservare che il celebre *Milne Edwards* prof. al Museo di storia naturale di Parigi, poggiandosi a Roesel (1), è caduto in uno sbaglio madornale, lorchè scrisse che il fegato dei batraci è solo diviso in due lobi, mentre realmente hanvene tre ben distinti (2)

Con un paio di pinzette rette estraggo allora fuori dell'addome i tre lobi dell'epate, e con un semplice refe pratico la legatura in massa del fegato badando a comprendervi eziandio la cistifellea. Dopo aver allacciato fortemente, esporto con forbicine curve sul dorso i tre lobi epatici. Recido poscia il refe di allacciatura, lasciando ai due capi una lunghezza di 3 a 5 centimetri, e faccio rientrare il tutto nel cavo addominale. Allora unisco i margini della pelle incisa, mercè alcuni punti di sutura interrotta, conservando liberi, cioè non cuciti, i due margini dei muscoli sezionati.

Il metodo operativo diversifica un lantino da quello impiegato da *Moleschott* nelle sue ricerche sulla formazione della bile. Egli taglia la pelle sulla linea mediana dell'addome, per la lunghezza di 10 a 14 millimetri, indi taglia i muscoli per 8 a 10 millimetri, poscia pratica la sutura, e sopra spalma un pò di collodion (3).

Mi incombe poi di non lasciar passare inavvertito un fatto, che può avere una qualche rilevanza nello spiegare la questione cui sonomi accinto a studiare, vale a dire che nella rana il pancreas, molto voluminoso, circonda il condotto coledoco per modo che questo venne scambiato da qualche anatomico per il dutto *Wirsungiano; Salter* poi crede che i piccoli rami dei condotti pancreatici propriamente detti mettano foce nel coledoco (4), per cui tuttavolta si esporta il fegato e si comprende nella legatura il coledoco, si impedisce non pure che il prodotto della secrezione pancreatica si scarichi nel duodeno, epperciò agisca sugli alimenti albuminosi ed idrocarburati.

Voglio ancora rilevare una inesattezza, in cui cadde Kunde, circa il periodo di tempo che una rana può sopravvivere all'estirpazione del fegato.

---

(1) *Roesel* — Historia naturalis ranarum, tab. XV, fig. 1.

(2) *Milne Edwards* — Lecons sur l'anatomie et la physiologie comparée de l'homme et des animaux, t. VI, pag. 427. — Paris 1860.

(3) *Moleschott* — Untersuchungen über die Bildungs stätte der Galle. — Articolo stampato nell'Archiv f. physiologische Heilkunde. Jahrgang, XI.

(4) *Todd's* — Cyclopedie of Anatomy and Physiology. — Supplemento, pag. 94, fig. 71, art. Pancreas.

Questi scrisse non essergli mai riescito di tenere in vita una rana così operata per oltre a 4 giorni (1). Or bene parecchie rane, cui io aveva esportato il fegato, sopravvissero 16, 17 e 18 giorni, ed una, che operai il 9 Gennaio 1864, perì solo il 21 dello stesso mese, vale a dire 22 giorni dopo, e questa morte devesi attribuire non già alle sequele dell' operazione, ma bensì a che, per inavvertenza, eransi lasciate cadere alcune goccie di alcoole nell' acqua del recipiente in cui stava la rana operata. D' altronde anche a *Moleschott* riescì di mantenerne una viva per tre settimane.

Vengo ora alla descrizione del metodo usato per queste sperienze. Le rane, appena operate di estirpazione del fegato, io le riponeva nell' acqua e le manteneva così tre o quattro, ed anche otto giorni.

Si noti che tutte le rane che operai erano comprate il giorno stesso della operazione, epperciò sempre pescate di recente.

Iniettavo poscia direttamente nel loro ventricolo per mezzo di una cannula di cristallo, 8 centimetri cubici di tuorlo d'uovo puro, ovvero misto a bile schietta od unita ad acqua nelle proporzioni che dirò or ora; iniezione che ripeteva 12 a 15 ore dopo la prima. Ventiquattro a trentasei ore dopo questa seconda iniezione sparava la rana, ne metteva il tenue intestino in una soluzione di fosfato di soda 5 0/0 e lasciatovelo un paio d'ore, ne esaminavo i villi intestinali col microscopio.

A tre rane operate il 28 dicembre 1863 amministrai le due dosi di tuorlo d'uovo schietto il 3 Gennaio 1864; subito dopo feci doppia iniezione, in eguale proporzione, dello stesso tuorlo a tre altre rane non state operate di esportazione di fegato. Trenta ore dopo le uccisi tutte sei e posi il tenue intestino nella soluzione 5 0/0 di fosfato di soda. Due ore dipoi, esaminate parecchie porzioni della mucosa, viddi che le cellule epiteliali dei villi intestinali delle rane non operate erano piene turgide di finissime molecole di grasso, mentre solo poche granulazioni si trovavano nelle stesse cellule delle rane senza fegato.

Allora variai il modo di sperimentare. Presa una grande quantità di bile di bue, quale si trova nella cistifellea, ne feci precipitare tutto il muco mercè una certa copia di alcool assoluto. Questa soluzione alcoolica di bile feci poscia evaporare sino a siccità ed il residuo pesava 40 grammi. Ne presi 10 grammi, cui aggiunsi 132 grammi di acqua distillata, vale a dire presso a poco la quantità precisa di HO che trovasi nella bile normale, sendochè in questa ogni 7 parti di materie solide esistono 93 volumi di HO.

In altro recipiente mescolai 7 grammi di bile essicata con 186 grammi di acqua, cioè circa il doppio dell' acqua che havvi nella bile normale.

---

(1) *Kunde* — De hepatis ranarum extirpatione, pag. 6, — Berolini. 1850.

In un terzo vaso unii 7 grammi della stessa bile a 47 grammi di HO, ossia a circa la metà dell'acqua esistente nella bile della cistifellea.

Iniettai a parecchie rane operate di esportazione del fegato 8 centimetri cubici di tuorlo d'uovo e una dose eguale di bile mista ad acqua nelle tre proporzioni suesposte; iniezione che ripetei sempre da 12 a 15 ore dopo la prima. Si noti che dall'istante della prima iniezione esofagea sino al momento che uccideva le rane, manteneva sempre queste a secco, sotto una campana di vetro ed in una camera, la cui temperatura media era di gradi 8 centigradi.

Nelle cellule epiteliali dei villi intestinali di queste rane, sparate tutte 24 a 36 ore dopo la seconda iniezione del tuorlo d'uovo, io trovai la proporzione delle molecole adipose diversa. In quelle alle quali aveva amministrato il tuorlo d'uovo colla bile ed acqua in proporzione normale, notai essere le cellule epiteliali turgide quasi come in quelle non operate di esportazione del fegato, ma la pienezza era sempre minore comparativamente a queste ultime.

Rinvenni invece meno piene le cellule epiteliali delle rane, alle quali aveva fatto ingerire il tuorlo d'uovo con bile mista al doppio d'acqua, e meno ancora in quelle cui aveva iniettato la bile con acqua in proporzione della metà del normale.

La proporzione della pienezza relativa delle cellule epiteliali, supponendo essere 10 nelle rane non private del fegato, si può stabilire essere 8 in quelle che ebbero la bile con acqua nella proporzione normale, 5 in quelle che ebbero bile col doppio di acqua, ed appena 2 in quelle che ingerirono il tuorlo d'uovo misto a bile colla metà dell'acqua che esiste normalmente.

Riconosco benissimo essere incomplete troppo queste sperienze per trarne qualche corollario certo. Ad ogni modo consegno questi fatti, onde invogliare qualche altro a proseguire in questa via, promettendo di continuare le sperienze relative appena avrò il destro ed il tempo, con bile privata delle resine, colle sole resine della bile, col solo muco biliare, e solamente coi sali diversi della bile. *(Gazzetta Medica di Torino, 14 e 28 Agosto 1865).*

Sulle funzioni del fegato.

Tutti sanno che le moderne scoperte fisiologiche hanno mostrato che il fegato non agisce soltanto come organo produttore della bile, ma che la secrezione della bile non è che una parte della sua complessa funzione. Il *Bernard* avea dimostrato che il fegato produce e accumula nella sua sostanza uno speciale materiale ternario, amiloide, ma egli era altresì di opinione che questo materiale amiloide fosse nel fegato stesso convertito in zucchero, che alla sua volta nel processo respiratorio subisse la riduzione in materiali idro-

carbonati. Il dott. *Pavy* con conclusivi esperimenti mostrò che allo stato fisiologico la materia amiloide del fegato non si converte mai in zucchero, e osservò che se fosse altrimenti, non si capirebbe cosa diverrebbe dello zucchero nel fegato dell'organismo fetale, nel quale, mancando la respirazione, non si può ottenere la finale riduzione a materiali idrocarbonati. Ora il dott. *R. Macdonnell* dello Spedale di Jervis Street di Dublino, in un suo recente lavoro, sostenendo la dottrina del *Pavy*, che nega in una parola la glucogenia fisiologica nel fegato, stabilisce di più che il materiale amiloide del fegato ha l'ufficio di produrre una sostanza più complessa, quadernaria, assimilandosi dell'azoto, e così sarebbe una sorgente di materiali quadernarii proteici, vale a dire dei materiali più rilevanti e del sangue e dei tessuti organici animali. Secondo il *Macdonnell*, la fibrina che ha servito all'assimilazione, passando nel fegato, verrebbe ridotta in materiali più semplici che vengono eliminati colla bile, mentre una parte del suo azoto, combinandosi al materiale amiloide, darebbe luogo alla formazione di nuovo materiale proteico, atto a servire alle nuove assimilazioni.

Questa teoria è discussa sperimentalmente nel nuovo lavoro del dott. *Macdonnell*. Egli prima di tutto esamina e corrobora i fatti del dott. *Pavy* tendenti a mostrare che la sostanza amiloide non è trasformata in zucchero nell'organismo sano. Quindi fa delle investigazioni sulla trasformazione fisiologica del materiale amiloide, ed infine analizza il sangue che entra e il sangue che esce dal fegato, e dai suoi esperimenti deduce le conclusioni suaccennate. Dunque, stando al dott. *Macdonnell*, non solo le sostanze azotate sono ridotte nel fegato in sostanze ternarie, ma anche le ternarie sono alla loro volta convertite in sostanze azotate e proteiche. Questo fatto sarebbe di grande importanza, perchè farebbe cadere interamente l'antica dottrina che gli organismi animali ricevono dal regno vegetale belli e formati i loro materiali più complessi, mentre sono suscettibili solo di ridurre questi a materiali meno complessi, o in altri termini gli animali essere *agenti riduttori*, e i vegetali soli *agenti produttori* della materia organica più complessa. È secondo il nuovo modo di vedere che si comprende meglio l'importanza che può avere il cibo feculaceo (ternario) nella nutrizione, e quindi spiegare gli effetti del sistema dietetico del *Banting* nel diminuire la corpulenza degli individui che vi si assoggettano. (*Gazzetta Medica di Torino*, 2 *ottobre* 1865).

Ricerca sulla natura e costituzione anatomica della pustola maligna, *per Davaine*.

Le relazioni della pustola maligna nell'uomo con le affezioni carbonchiose degli animali sono fin da lungo tempo conosciute. Questa pustola si deter-

mina nel sangue di un animale carbonchioso che s' introduce sotto l' epidermide. Per la qual cosa, se il carbonchio ha per elemento essenziale gl' infusori filiformi detti *bacteridi*, essi debbono far parte della pustola in esame; in modo che dalla presenza o mancanza di essi si può fare la diagnosi di questa pericolosa malattia.

Le pustole assoggettate all' azione dell' acido cromico s' induriscono e si conservano perfettamente in modo, che non solamente si può constatare la loro presenza, ma ancora la disposizione ed il rapporto di questi corpuscoli; e se dopo tagliate in sottilissimi strati, s' immergono nella potassa caustica, la quale disfà gli elementi della pelle, rimangono i bacteridi netti e precisi.

I bacteridi occupano il centro della pustola. Essi sono situati nello strato mucoso o del *Malpighi* al disotto dello strato epidermico superficiale, non uniformemente ripartiti, ma formanti gruppi disseminati e separati dai gruppi delle cellule epiteliali a guisa di feltri molto compatti: oltre di che nessun altro elemento patologico rinviensi in queste pustole, meno le vescichette adipose normali contenenti cristalli di margarina, come in molti altri casi.

In somma nella pustola maligna, dopo il terzo giorno del suo sviluppo i *bacteridi* sono l' elemento unico ed essenziale del tumore. La pustola maligna è un' affezione dapprima locale che si vince con la cauterizzazione, ma dopo due o tre giorni di durata, essa si generalizza ed allora i mezzi della scienza non valgono più ad eliminarla. La sua costituzione anatomica è valevolissima a spiegare la successione di questi fenomeni; diffatti quando i bacteridi sono distrutti negli strati epidermici della pelle, in cui non vi sono vasi, essi non possono propagarsi ulteriormente; ma invece se si lasciano sviluppare, incontrano gli strati superficiali del derma che abbondano di vasi linfatici e sanguigni, e circolando con essi infestano il resto dell' economia.

Un uomo di 23 anni avvertitosi al 3 giugno dell' esistenza di un piccolo bottone pruriginoso sul lato sinistro del collo, nel giorno seguente andò a vedere il professore *Grisolle*. La pustola era circondata di un gonfiore edematoso che si prolungava fino alla parte superiore del torace quasi vicino alla mammella. Essa formava un rilievo elittico di 1 1/2 a 2 centimetri di diametro, di un rosso rosa, avente nel centro una specie di escara nerastra rotonda circoscritta da un cerchio pustoloso, al di fuori del quale vi erano delle vescichette isolate. Pei quali caratteri conosciuta la pustola maligna, nella stessa sera si cauterizzò col sublimato corrosivo.

Nel giorno 5 la febbre fu energica, il gonfiore enorme fino al disotto della mammella; si cauterizzò col ferro rovente e si circoscrisse la parte morbosa con un cerchio di cauterizzazione.

Nel giorno 6 i sintomi si aggravarono anche di più, e dopo, apparsa una placca gangrenosa avanti lo sterno, l' ammalato morì.

Fatta l'autopsia nel giorno 8, il cadavere era rigido, non putrefatto e presentava un edema del tessuto cellulare sottocutaneo del torace che si prolungava fino ai punti congestivi ed apoplettici del polmone sinistro; si osservò un ingorgo sanguigno al fegato, la milza era aumentata di volume e rammollita; il sangue nero, liquido e fluente nel cuore e nei grossi vasi; l'assenza della gangrena generale. La cauterizzazione della pustola aveva penetrato tutta la spessezza della pelle.

Esaminato il sangue del cuore al microscopio, presentava un gran numero di bacteridi.

Una goccia di sangue inoculata per 4 punture in un *coniglio* molto vigoroso, l'animale dopo due giorni morì ed il suo sangue era ricchissimo in *bacteridi.*

Nelle contrade dove regna la pustola maligna, i medici restano talvolta indecisi sulla natura del tumore che osservano; dove poi la malattia è rara, ordinariamente non si riconosce ovvero si riconosce troppo tardi.

Queste nuove conoscenze e la ricerca dei bacteridi con l'aiuto della potassa fanno sperare di diagnosticare il male quando comincia. *(Gazzetta dell' Associazione Medica Italiana,* 29 *settembre* 1865 *).*

Il cancro epiteliale specialmente della pelle, ricerche anatomico cliniche, — del prof. *C. Thiersch.*

Le ricerche dell'Autore poggiano su di 102 casi di cancro epiteliale, cioè 48 del labbro inferiore, 30 del volto, 4 dell'estremità, 10 dell'apparato genito urinario, fra cui 5 del pene, 10 della mucosa boccale, e fra questi 6 della lingua. Il trattamento adoperato è stato quello dell'esportazione della parte degenerata ovvero la si è distrutta con i cauterii; non sono state fatte delle ricerche per vedere se dei semplici mezzi medicamentosi, senza distruggere le parti affette, portavano la guarigione. Simili tentativi di guarigione non potevano avere un buon esito che allora solamente, quando erano al caso, o di procacciare una diminuita facoltà di resistere dello stroma, o d'indebolire il fattore epiteliale e ristabilire l'equilibrio.

La prima condizione è fisiologicamente impossibile ad ottenersi, l'ultima pare che può ottenersi. *Thiersch* a tale uopo raccomanda i preparati di iodo sebbene nè manco da questi si è ottenuto fin'ora qualche risultato importante poichè essi in deboli soluzioni non possono penetrare profondamente che in una piccola quantità, essendo essi scomposti in parte negli strati superficiali.

In forti dosi al contrario riescono irritanti e cagionano delle escare. Restano ancora a farsi de' tentativi colle iniezioni sottocutanee con soluzioni acquose di iodo (1 di iodo e 500 parti di acqua ovvero 1 e 100). Sarebbe veramente efficacissimo questo mezzo se si riuscisse ad iniettare la soluzione

acquosa di iodo in un'arteria del cancro epiteliale, nel qual caso si dovrebbero comprimere i vasi collaterali. L'inutilità de' mezzi medici contro il cancro è stata provata dall'esperienza. Un'osservazione solamente di *J. Chr. Stark* vorrebbe che un cancro epiteliale del labbro inferiore in un uomo di 40 anni sia guarito à poco a poco con l'uso interno della soluzione arsenicale antipirettica di *Brera* continuato per anni. Oggi siamo al tempo in cui contro il cancro non si propinano altri mezzi che la cauterizzazione e l'estirpazione. La causticazione che sta in voga non riesce che ne' cancri superficiali della pelle, e quando si è sicuri che la degenerazione non ha più di 2-3 linee di profondità. L'estirpazione col coltello è più sicura e permette per lo piu la guarigione per prima intenzione, come una ricostituzione plastica immediata. Si è creduto che la recidiva fosse rara in seguito alla causticazione che la suppurazione, la quale segue a questo processo operatorio, operi contro alla recidiva del morbo; però queste proposizioni non sono ancora provate. Quanto alla scelta del caustico, nei cancri superficiali basta un caustico qualunque che dstrugga la parte per 1/3-1 centimetro (p. es. la pasta di *Canquoin*), però il medico fa d'uopo che sia ben attento all'applicazione ed azione di esso. Che un bottone di fuoco sia il mezzo caustico più sicuro non è a mettersi in dubbio.

Il *cancro-epiteliale del labbro inferiore* comparisce di rado in una antica verruca, poichè le verruche del prolabio sono molto rare.

Spesso però si vede come una verruca, cioè come una vegetazione papillare. È probabile che questa verruca cancerosa, simile in principio ad una verruca semplice, si lasci da questa distinguere pel fatto che in essa la base delle papille circostanti è sana. Le verruca semplice predispone molto al cancro epiteliale, il quale si manifesta sempre nella verruca, non mai di lato. Lo che accade solo nell'età avvanzata e quando la verruca cancerosa è già stata qualche mese o qualche anno; le parti cutanee circostanti si ammalano in egual modo, poichè tutta la regione anatomica, a cui la verruca appartiene, vien a poco a poco disposta, indipendentemente dalla verruca cancerosa, a dare origine al cancro epiteliale. Data una volta la disposizione anatomica pel cancro epiteliale basta una piccola cagione per la sua eruzione.

Il fumo di tabacco riconosciuto dà *Soemmering* e *Melzer* come causa del cancro epiteliale, non può, secondo l'Autore, essere ritenuto per tale, poichè il cancro epiteliale è più antico del fumo e coloro che non usano questo fumo soffrono egualmente il cancro epiteliale. Però può essere il fumo una causa occasionale, perchè erompa al di fuori il cancro epiteliale del labbro.

Il comparire di frequente di questo cancro principalmente nell'uomo e precisamente nei contadini *Thiersch* lo spiega, perchè nell'uomo le forma-

zioni epiteliali sono più fortemente sviluppate e fino nell'età avvanzata; infatti mentre nello stroma si verificano i segni dell'atrofia senile, mostrano uno sviluppo duraturo; e poichè per coloro che vivono in città la pelle del viso invecchisce più tardi di quello che non nei contadini o coloro che abitano nei paesi. Il margine libero del labbro superiore è meno soggetto al cancro epiteliale e ciò forse perchè le cause occasionali agiscono più sul labbro inferiore che sul superiore. *Fuehrer* ha attribuito la colpa al rasoio; onde secondo lui il punto più critico del labbro inferiore sarebbe il punto di passaggio della pelle in mucosa (specialmente ne' contadini). — In tutti i casi di cancro del labbro osservati al microscopio, l'Autore ha visto ch' erano polimorfi ed avevano un interminabile maniera di diffusione.

Il corso clinico del cancro del labbro si lascia dividere in 4 stadi: 1) verrucoso, ovvero rilevato sul prolabio — la pelle del labbro e del mento e libera. 2) La mucosa labiale divien sede della degenerazione, denti e gengive diventano più lassi — il labbro è più difficile a muoversi e la pelle del mento è fissata. 3) La degenerazione penetra nel corpo della mandibola, si diffonde nella mucosa boccale specialmente sulla base della bocca — le glandole sottomascellari si gonfiano. 4) La degenerazione invade perfettamente il fondo della cavità boccale, infiltra da sotto innanzi la lingua, passa alla faringe e laringe, — manifestansi dei tubercoli secondari. Le alterazioni infiammatorie dello stroma vascolare sono diversamente forti in tutti e quattro gli stadi, tenuissime esse sono nel 1. stadio, e chiarissime nel 3. e 4. Se e come bisogna operare dipende dallo stadio in cui la malattia si trova.

Dei giovamenti incontrastabili fa l'operazione nel primo stadio perchè, quando è completa, allontana il male per una lunga serie di anni. Vuol essere del tutto abbandonato il taglio a cono, poichè con questo si lasciano le parti della pelle, che sono nella regione cutanea in cui è la affezione, e si portano via inutilmente le parti più profonde e sane, le quali ponno essere molto importanti per le operazioni consecutive. L'autore crede assolutamente necessario di fare il taglio 1 cm. 1/2 lungi dall'orlo della degenerazione e seguire quindi tutte le irregolarità di quest'orlo, senza aver riguardo alla forma della ferita ed alla perdita di sostanza irregolare che ne consegue. Con questo metodo fa d'uopo certo pensare sempre alla sostituzione plastica del difetto. Per coprire una perdita di sostanza ovale irregolare, il processo più adatto è quello di *Bruns;* il metodo di *Sedillot* non fornisce per il labbro inferiore un lembo di mucosa così completo come il primo; se la perdita di sostanza è a forma di cuneo, cioè si è perduta solamente la metà del margine labiale, allora il metodo da adoperarsi è quello di *Burow*; se abbraccia al contrario tutto il labbro inferiore ed una parte della pelle del mento, allora conviene adoperare il processo di *Dieffenbach* modificato da

Ried. Nel secondo stadio del cancro labiale, quando le parti degenerate stanno fisse sulle ossa e la durezza si perde nelle parti vicine, senza essere ben delimitata, non può evitarsi in tal caso una resezione d'un pezzo della mascella inferiore. In questi casi è bene di fare una resezione per quanto più è possibile grande, poichè allora si ottiene un miglior saldamento delle parti molli. L'esito d'una tale operazione è però sempre molto tenue. La recidiva l'A. distingue in continua, per lo sviluppo progressivo del germe restato, e regionaria, cioè quella la quale per diffusione regionaria della disposizione anatomica, che parte dalla sede primitiva ed a poco a poco si sviluppa in una zona più larga. Se la prima può essere curata, spesso l'operatore più valente non è nel caso di evitare la seconda, poichè dovrebbesi asportare tutta la regione anatomica; ciò ch'è possibile nel cancro del pene e dell'estremità, ma non in quello del labbro. Una terza specie di recidiva avviene per il penetrare di elementi infettanti nelle vie circolatorie, che ponno essere causa in diversi punti, maggiormente nelle glandole linfatiche vicine, di tubercoli cancerosi secondarii, e *Tiersch* chiama questa specie di recidiva, *recidiva-infezione*. Non è pertanto necessario che fin dal tempo della prima operazione le glandole linfatiche mostrino con la loro tumefazione una condizione morbosa, ma regolarmente avviene, che la recidiva regionaria e continua precedono la recidiva infezione od almeno l'accompagnano.

La maggior parte de' *cancri epiteliali del volto* sono di forma spianata, a cui corrisponde uno sviluppo epiteliale omeomorfo a piccoli alveoli. Eccezionalmente può anche seguirne infezione delle glandole linfatiche, nel qual caso nelle formazioni a piccoli alveoli si formano delle cavità rammolite piene di muco. De' depositi interni non sono stati osservati. Tranne poche eccezioni il trattamento era costituito dall'estirpazione col coltello. E per non lasciare alcun germe bastava di fare il taglio 1/2 centimetro del margine sensibile della degenerazione. Le ossa sottoposte non di rado prendono pure parte alla degenerazione, ma però questa è per lo più superficiale: Delle ossa sottili val meglio allontanarle, delle più grosse se ne possono asportare dei pezzi con il martello e scalpello. La perdita di sostanza nell'estirpazione del cancro epiteliale del volto è più grande spesso di quello che si potrebbe credere, per il raggrinzamento cicatriziale del fondo sottoposto dell'ulcera, la quale per lo più si ristabilisce bene; solamente la sostituzione fronto-plastica del naso avviene di rado; molto più cattivo è per la sostituzione delle palpebre distrutte; ancora non vi è alcun processo da cui si possa aspettare un buon risultato. Le causticazioni superficiali così amate nell'*ulcus rodens* della faccia fanno più male che bene.

Il *cancro epiteliale* dell'estremità predilige i punti che sono stati prima sede di necrosi. Senza dubbio le cicatrici, come restano dietro ad ulcerazio-

ni croniche comuni della gamba, dispongono all'origine del cancro epiteliale; *Th.* ritiene invero per probabile, che qualche ulcera semplice, la quale sta da molti anni e finalmente per la sua circonferenza richiede l'operazione, si può poco a poco ed inavvedutamente tramutare in un'ulcera epiteliale. I suoi margini sono rovesciati, sfrangiati, e mentre un ago spinto per la base dell'ulcera semplice urta sui depositi osteofitici, nell'ulcera epiteliale penetra senza difficoltà nelle ossa sottostanti.

Se il cancro epiteliale dell'estremità era preparato da circostanze locali speciali, allora attacca le persone relativamente giovani. Quasi in ogni caso vuol essere amputato e degli esiti felici ottenuti fanno fare una miglior prognosi di questo che del cancro delle labbra. La prognosi è tanto più felice, per quanto l'ammalato è più giovane ed il male è stato preparato da processi patologici locali ed è stato chiamato in vita da cause esterne.

Fra i *cancri epiteliali degli organi genito-urinarii* quello del pene è per lo più della specie di quelli che si approfondano e sono polimorfi. Allo sviluppo epiteliale si unisce uno sviluppo papillare rigoglioso dello stroma, che ha fatto ammettere una specie particolare di cancro epiteliale. Per lo più la disposizione prematura pel cancro epiteliale era data da fimosi congenita ed altre nocive influenze con essa congiunte. Nell'operazione eseguita a tempo e nel luogo opportuno non è da temere nè d'una recidiva per continuazione, nè di una per regione e per l'estirpazione precoce nè manco una recidiva per infezione, poichè il germe del cancro appartiene ad una regione anatomica molto ben delimitata e quindi con l'operazione non solo può venir tolto tutto il germe canceroso, ma anche tutta la regione anatomica. *Th.* preferisce il coltello alla galvanocaustica ed all'*ecraseur*. Le stesse favorevoli condizioni per l'escisione completa, che presenta il cancro del ghiande, si trovano anche nei cancri del collo uterino.

Il *cancro epiteliale della lingua* si manifesta per lo più al margine. Dei denti cariati ponno spesso accelerarne il corso, forse anche provocarne la comparsa ma non vogliono essere considerati come causa del cancro epiteliale. Si può restare in dubbio tra l'ulcera erodente, sifilitica e tubercolare (Schum). Però l'ulcera erodente guarisce con il riposo e la nettezza, la sifilitica con una cura antisifilitica instituita come prova, e nella tubercolare come sintomi costanti che l'accompagnano si trovano la tubercolosi pulmonare od intestinale. Mentre il cancro epiteliale non appartiene ad un affezione dolorifica, i pazienti con cancro della lingua si lagnano di forti dolori. Il corso di questo cancro è comparativamente molto rapido. *Thiersch* a che in questo caso preferisce il coltello; se devesi estirpare un gran pezzo di lingua deve prima legarsi l'arto linguale, e solo quando l'operazione dev'essere fatta ad ambo i lati in vicinanza de' tronchi arteriosi, per impedire l'emorragia fa d'uopo legarli ambedue.

Se il cancro epiteliale sia ereditario, non è stato ancora provato, ma però è molto probabile. La sua diagnosi in generale non è molto difficile, quando si considerano tutte le cause; la prognosi è tanto più felice, per quanto si opera presto, e la degenerazione appartiene ad una regione anatomica limitata, per quanto più il cancro epiteliale si è sviluppato su d' una precedente alterazione anatomica-patologica del tessuto (verruca, cicatrice), la forma è spianata ed il suo corso era lento fino al tempo dell' operazione. *(La Medicina*, 4, 11 *Settembre* 1865*)*.

Patologia e Terapeutica Medica

Dei preparati antimoniali ed arsenicali e del loro uso nelle malattie del cuore.

Altra volta abbiamo spezzato una lancia in favore dell' arsenico, che alcuni soverchiamente timorosi vorrebbero bandire dalla pratica, ed oggi ritornando sovra questo argomento, intendiamo di provare che l' arsenico va conquistando sempre più terreno. Le vittorie riportate nelle croniche malattie della pelle, ed in molti casi d' infezione palustre; le vittorie in molti altri di nevrosi e di nevralgie hanno spinto l' ardimento dei medici fino a prescriverlo in certe affezioni, il cui nome soltanto suonava una volta contro-indicazione. Tali sono le diverse cachessie, la cloro-anemia, le ipertrofie, la tisi, l' emorofillia e non so quanti altri stati morbosi. Certo havvi dell' esagerato da una parte e dall' altra, né consiglieremo mai di spargere a larghe mani un rimedio quanto efficace altrettanto terribile, ma appunto dal conflitto delle opposte opinioni sorge non di rado in tutta la sua luce la verità. Ci si perdoni questo piccolo esordio prima di addentrarci nella Memoria del Sig. *Papillaud*, un vero fanatico dell' arsenico.

Infatti per questo medico francese l' arsenico è un alterante, un sedativo, un ricostituente, un antiperiodico, un rimedio che, secondo i casi diversi, possiede diverse attitudini; insomma un rimedio buono a tutto. Egli lo paragona nella sua enfasi al tartaro stibiato per la moltiplicità delle applicazioni e per il modo d' azione; al tartaro stibiato, che per lui è emetico, catartico, antiflogistico, perturbatore, sedativo ed antiperiodico secondo le dosi e le malattie contro cui viene diretto. Ambedue (egli dice) promuovono le nausee e fanno nascere e sparire certe eruzioni cutanee, ambedue esercitano una certa influenza nel sistema nervoso, ambedue finalmente sono anafrodisiaci. Ma la proprietà di cui godono ambedue nel massimo grado, e la quale specialmente dovrebbe attirare l' attenzione dei medici, è la loro azione sedativa nell' apparato della circolazione.

Partendo da questi principii, l'Autore ha tentato l'arsenico nella cura delle cardiopatie, associandolo dapprima al tartaro stibiato, poi visto che a dosi eguali la potenza di questi due medicamenti era doppia, venne nell'idea di confonderli chimicamente creando un sale nuovo, l'arseniato di antimonio. Se vogliamo credere alle sue asserzioni, da dieci anni egli l'adopera con grande successo in quasi tutte le malattie del cuore senza che abbia avuto mai a lamentarsi del più piccolo inconveniente. Anzi l'azione dolce, moderata e quasi latente dell'arseniato antimoniale infondendo un benessere novello e quasi sconosciuto a quei poveri infermi, riesce loro sedativo e ricostituente insieme. In quanto alla forma, *Papillaud* confeziona dei globuli, ciascheduno contenente un milligrammo di arseniato antimoniale, e ne prescrive tre o quattro al giorno. Tolte le esagerazioni, noi sottoponiamo questo articolo allo spassionato giudizio dei medici italiani, e qualunque sia la riputazione dell'arsenico come veleno, non è per questo men vero che dall'uso conveniente e moderato di esso non si ottengano talvolta successi, che avrebbero sembrato per lo innanzi non isperabili. (*Gazzetta Medica di Torino*, 2 *Ottobre* 1865).

Cura del Croup con la spruzzatura di acqua di calce,

Il dott. *Biermer*, prof. di Clinica a Berna, partendo primieramente dalle osservazioni di *Küchenmeister*, che cioè l'acqua di calce scioglie le membrane difteriche, ed in secondo luogo dall'osservare il sollievo che una giovane quasi asfittica per affezione laringea acuta provava dalle iniezioni a spruzzi fatte sulle fauci col polverizzatore dell'acqua, pensò di sostituire l'acqua di calce all'acqua pura. Il vantaggio, dicesi, fu sì presto e costante che tanto il professore accennato quanto tutta la scolaresca presente non dubitarono sull' efficacia del rimedio. Si aggiunga ancora che esso fu ripetuto con lo stesso profitto in altri casi, ed il dottor *Brauser* di Ratisbona ha pur esso pubblicato poco dopo la storia di un bambino affetto da croup, guarito perfettamente in breve con tale metodo. (*Gazzetta Medica Italiana, Lombardia*, 18 *Settembre* 1865).

Affezione che si presenta nella meningite cerebro-spinale. *I. H. Knapp.*

Nella meningite cerebro-spinale, che nell'ultimo anno si è mostrata epidemica a Rastatt, ed in Heidelberg, si è osservata un'infiammazione interna così particolare dell'occhio e così eguale nel suo corso, che il primo caso che all'autore si offrì gli ricordò due occhi restati ciechi sotto gli stessi

sintomi, e la cui affezione si era manifestata nel corso del tifo. Nella notizia comparsa da poco tempo di *Kreitmair* (Aerztliche Intelligenzblatt für Bayern 1865, nn. 21 e 22) sulla sua Clinica oculistica in Nuremberg si trova su tal particolare un breve cenno. Egli ritiene l'affezione per una idrocoroidite; osservò un caso di tal fatta nell'acme della meningite cerebrale e più di dodici giorni dopo ch'erasi guarita. L'Autore stesso ha osservato finora 10 casi di quest'affezione, tutti dopo la guarigione della meningite. Dai dati statistici raccolti dall'Autore, dai medici di Rastatt risulta: che il 4 al 5 per cento degli ammalati di meningite cerebro-spinale vengono affetti da infiammazione oculare.

Sintomi. L'affezione degli occhi di cui si parla comparisce ordinariamente durante la seconda o terza settimana della meningite cerebrale e coi caratteri d'una idrocoroidite essudativa più o meno intensa, la quale nella maggior parte dei casi dopo due fino a quattro giorni porta alla perdita completa ed inguaribile della vista. Nella maggior parte dei casi, 7 su 10 osservati dall'Autore, i sintomi irritativi erano poco notevoli: leggiero dolore dell'occhio e della fronte, il quale spesso non era più avvertito per i forti dolori cerebrali; abbondante iniezione sottocongiuntivale intorno la cornea, con i tronchi vascolari episclerali spessi, bluastri, serpiginosi; l'iride nello stesso tempo è colorata, il margine pupillare con piccole sinechie isolate, per lo più bruno; la pupilla alquanto stretta, leggermente intorbidata; per la stessa, secondochè i medici di Rastatt ne dicono, si vede l'interno dell'occhio dopo i primi giorni dell'affezione, bianchiccio-grigio. In altri casi, poco numerosi, anche i fenomeni irritativi sono più forti: forte rossore e tumefazione sierosa della congiuntiva del bulbo, tumefazione rossigna, edematosa delle palpebre, coloramento in giallo rossigno dell'iride, pupilla intorbidata, nebbiosa, ipopion che riempie la maggior parte della camera anteriore, e che una volta la riempiva quasi tutta.

Il corso oscilla fra una a più settimane. I sintomi irritativi più intensi, quando esistono, scompaiono nella prima settimana. L'iride resta colorata e diventa sempre atrofica, delle tenui sinechie in un caso solo chiudevano quasi completamente la pupilla ristretta, onde era impedita l'osservazione nell'interno. La cornea resta trasparente e sensibile, spesso i vasi episclerali restano iniettati per mesi; al di là di sei settimane però non restano che pochi e piccoli tronchi iniettati; la camera anteriore ha un contenuto normale; è però sempre più ristretta pel venire innanzi dell'iride e della lente. Questa prominenza all'innanzi dell'iride è per l'ordinario semplicemente sferica, qualche volta però anche conica, sicchè nel terzo periferico esterno il piano dell'iride è nella posizione normale, gli altri due terzi rimanenti fan prominenza come un cono erto. Solo in un caso la lente fu trovata tor-

bida dall'Autore nel primo mese, in altri restò abbastanza chiara per permettere l'osservazione nell'interno dell'occhio. Quello che è caratteristico si è che senza oftalmoscopio si può vedere l'interno dell'occhio. Egli sembra respinto notevolmente fino in vicinanza della lente. Il suo colorito è bianco grigio o bianco giallo, sempre opaco, mai risplendente come nel fungo della retina. La superficie è alquanto uguale, e qualche volta traversata da riga rossa. La parte mediana del fondo dell'occhio giace più profondamente e si sottrae alla vista. Il bulbo è sempre più piccolo e più molle. I suoi movimenti l'Autore li ha trovati sani, la sua forma non disturbata. (Anche *Niemeyer* nel suo opuscolo sulla meningite cerebro-spinale epidemica ha osservato un' affezione da lui denominata *cheretomalacia* (?)). Fra 10 casi nove volte un occhio era sempre restato perfettamente sano, ed una volta tutti e due rimasero ciechi sotto gli stessi fenomeni. Una volta la cecità unilaterale era combinata con ottusità bilaterale completa; negli altri nove casi l'occhio, dopo guarita l'affezione, non ricuperò perfettamente la sua funzione normale. Una volta la cecità laterale era combinata con una ottusità completa da ambo i lati; negli altri nove casi l'occhio, dopo guarita la malattia, era divenuto il solo organo atto a funzionare sebbene non perfettamente. Nei 10 casi osservati dall' Autore la cecità era completa, solo in un caso con la quasi completa chiusura della pupilla vi era ancora alquanta sensibilità per la luce senza limitazione del campo visivo. *Knapp* eseguì l'iridectomia che guarì subito. La paziente al sesto giorno potè contare le dita. L'osservazione fece vedere un intorbidamento giallo-torbido nella regione dei poli della lente, che, non ostante le parti laterali dell'occhio interno alterate, era normale. *Kreitmair* dice che la ragazza, la quale osservò nell'acme dell'affezione con sinechia parziale e leggiero strabismo, poteva ancora vedere (non dice quanto). Due altri fanciulli, non ostante l'essudamento coroidale progredito, si migliorarono molto, gli altri restarono inguaribili. L'affezione adunque del globo oculare che si ha nella meningite cerebro-spinale è delle più gravi affezioni.

Da tutto ciò l'Autore deduce che la malattia in discorso sia un' acuta coroidite sarcomatosa (iperplastica), con distacco consecutivo della retina ed irite consecutiva. (*Gazzetta dell'Associazione Medica Italiana*, 29 *Settembre* 1865).

NOTA

Ebbi nello scorso mese allo Spedale un caso tipo veramente della sopra descritta alterazione oculare, la quale si presentò negli ultimi periodi di un gravissimo Tifo encefalico. Il giovane perdette l'occhio destro in seguito di una

idro-coroidite essudativa. Ne feci su ciò particolare menzione al letto del mio infermo, e ne chiamai l'attenzione dei colleghi, e in ispecie dell'egregio chirurgo primario sostituto il dott. *Busi Cesare*. Ho creduto poi ben fatto registrare qui anche questa storia importantissima, a corredo ed a rafferma degli studi dell'illustre *Knapp*, ed anche colsi questa opportunità per avvertire i medici ad essere pronti in analoghe circostanze a tentare una cura energica, e dar molto valore negli infermi di Tifo, alle manifestazioni morbose qualunque del globo oculare.

Ferdinando Verardini.

Dell'azione dell'ergotina sul feto,

Senza dubbio che l'impiego della segale cornuta non ben fatto, specialmente se tropppo presto, è nocivo, talvolta anche mortale pel feto. *M. Clintock* si mette dalla parte di coloro che ritengono quest'influenza della segale sul feto non come una specie di veleno, ma come conseguenza meccanica della disturbata attività dell'utero. L'Autore poggia la sua opinione sulle seguenti osservazioni. Il danno per il bambino, dopo di aver apprestato alla madre la segale cornuta, è solamente dipendente dall'energia delle doglie, poichè se questa è poca, onde poco forte anche la dose della segale, allora non vi è a temere alcun danno pel feto. I battiti cardiaci di quest'ultimo vengono egualmente alterati dopo l'amministrazione della segale, come accade pure nelle forti doglie, nel così detto tetano dell'utero. *(Gazzetta Medica Italiana Lombardia, 2 Ottobre 1865)*.

Virtù poco note del prezzemolo: di *Neucourt*.

Nel Belgio il prezzemolo è adoperato come mezzo popolare per sopprimere la secrezione lattea. Il dott. *Neucourt* volle provare se questo mezzo era uno dei tanti pregiudizi dell'ignoranza o se davvero poteva fornire un'utile applicazione terapeutica. Dopo varie prove che ci sembrano fatte con prudenza e con buon metodo di critica, egli ha potuto verificare che le foglie fresche del prezzemolo applicate alle mammelle ingorgate e che minacciano un flemmone, producono rapidamente e sicuramente la dissipazione della gonfiezza.

Il metodo di adoperare le foglie è semplicissimo. Si applicano alle mammelle ingorgate e si rinnovano tre volte al giorno.

Anch'io nella mia pratica ho potuto verificare come i cataplasmi emollienti e le unzioni mercuriali siano mezzi inefficaci nell'ingorgo latteo delle mammelle, e come invece a prevenire il flemmone, giovino le applicazioni di pannolini inzuppati nell'acqua salata o nell'aceto caldo. Potrebbe darsi benissimo che il prezzemolo ricchissimo come è di essenza, esercitasse un'azio-

ne eccitante locale analoga a quella dell'aceto caldo o dell'acqua salata. (*Gazzetta dell'Associazione Medica Italiana* 23 *Settembre* 1865).

Alimentazione dei bambini.

Ammesso, ed in ciò nulla v'ha certamente di nuovo nè di meno accettato dagli igienisti, che il latte sia il nutrimento più adatto ai bambini, il dott. *Deschaux* ricorda siccome il neonato, appena uscito dall'utero, non abbisogni nè desideri nutrimento, e trova spiegabile questo fatto, colle autossie dei feti morti, le quali offrono lo stomaco dei medesimi ripieno di un liquore gelatinoso. Appena la puerpera sia riposata dalle fatiche del travaglio del parto, suggerisce l'A. che abbia ad avvicinarselo al seno, comunque il latte non peranco vi concorra. Questa pratica ha il vantaggio di sbarazzare i condotti galattoferi dal colostro; e crede poi debba cio fare qualunque madre, se anche rinuncii all'ulteriore allattamento della prole, sendoche il colostro non può essere sostituito da altro liquore, ed ha la proprietà di preservare il neonato da coliche; contribuendo meglio che ogni altro surrogato alla evacuazione del meconio. L'A. si pronuncia inoltre vivamente contro la pratica di supplire alla eventuale scarsezza del latte col somministrare ai bambini il brodo, il succo di carne, il siero di latte zuccherato, il pantrito o il bollito di riso, ecc. Avverte infine che il latte è l'alimento a tutti preferibile, constando dalle analisi contenere esso una certa proporzione di fosfato di calce, preparato dalla natura pel consolidamento delle ossa ancora cartilaginee del neonato. Aggiunge non inutilmente che gli stessi animali carnivori non danno a'loro piccoli sangue e carne a succhiare se non all'epoca dello spoppamento. L'uomo non è nè un lupo nè un leopardo, nè esclusivamente carnivoro, ma omnivoro, e nelle prime età, per gusto, più ch'altro frugivoro. Non sono certamente i bambini allattati lungamente quelli che più soffrirono della dentizione, o che diventarono rachitici, o che furono molestati di continuo da turbe elmintiaco-intestinali, e che in una parola manifestarono uno sviluppo fisico manchevole e tardivo. Così pure si cessi dal grido ridicolo contro il latte ad uso degli adolescenti e degli adulti, ma solo si pensi a fare in modo che esso latte sia il meno possibile allungato e adulterato. (*Gazzetta Medica Italiana Provincie Venete*, 16 *Settembre* 1865).

Dell' ioduro potassico nella malattia del Bright.

Questa applicazione dell'ioduro suddetto si deve al prof. *Prudente* di Napoli, che in tal modo ridusse a buone condizioni un infermo, che per

l'accennata malattia era ridotto in fin di vita. Da piccole dosi somministrate nelle prime si giunse fino ad una dramma, cioè 3 grammi al giorno, con assoluta tolleranza, per tre settimane e più, nel qual tempo, a quanto si narra, migliorò la qualità delle urine per la diminuzione dell'albumina e la perdita della materia grassa; le urine inoltre non furono più emesse involontariamente.

Non è a meravigliare che tanto possa sperarsi in cotali malattie dall'ioduro potassico, essendochè questo rimedio agisce su di noi riordinando la funzione dell'assorbimento generale, e perciò sarà ben fatto di non dimenticarlo alla opportunità. *(Gazzetta Medica di Torino, 16 Ottobre* 1865 *).*

Digitale contro il delirium tremens e contro le metrorragie.

I. Un giovane che per lo avanti sofferse di attacchi reumatici acuti, e che presentava tutti i segni di una insufficienza delle valvole auricolo-ventricolari cardiache, dopo un anno di qualche abuso nel vino, fu preso da tremore delle mani, e spaventato dalla triste fine che ei vide fare a due malati di delirium tremens, fu colto pur esso quasi subitaneamente da una specie di delirio con allucinazione, per parole imprudenti che furono pronunziate alla sua presenza in riguardo del male che temeva. Gli fu amministrata la tintura di digitale purpurea ad alta dose, ed in cinque giorni il delirio si dissipò perfettamente.

II. Due donne prese da emorragia uterina (l'una perchè soggetta a tale incomodo, e l'altra dietro la cauterizzazione praticatale in causa di una ulcerazione al collo dell'utero) furono amendue curate con la infusione di digitale in foglie alla dose di 60 cent. — In due o tre giorni le due emorragie furono domate.

Queste istorie a riguardo alle due accennate applicazioni della digitale non sono, a dir vero di tal rilievo da poter concludere delle cose positive sulla modalità di azione che i rispettivi autori forse hanno voluto attribuirvi; nonostante parmi che da esse possiamo ricavarne altre riflessioni utili. — La buona pratica medicina insegna che la digitale purpurea tempera la concitazione vascolare e che nello stesso tempo ha pure un'azione sedativa sul sistema nervoso; per tale ragione i dinamici controstimolisti la usarono quasi come un *dinamometro* per misurare lo stato della eccitabilità eccessiva.

In tal modo la somministravano con deciso vantaggio in varie sorta di acute malattie, dove specialmente si presentava un risalto arterioso assai spiccato.

Le loro spiegazioni sull'azione terapeutica della digitale erano certamente

troppo esclusive in riguardo dei motivi indicatorii, ma intanto facevano un uso più esteso, che non si fa oggidì, di un rimedio così utile, essendochè presentemente la digitale, dalla maggioranza dei curanti, è quasi ristretta contro le palpitazioni del cuore, e tutto al più si adopera anche come diuretico. — Appunto per spingere i medici a ritornare sul buon sentiero, sviato dalla grettezza del moderno scetticismo terapeutico, io ho riprodotte le antecedenti storie, per far vedere che se la digitale non sarà nè un vero anti-emorragico, nè un vero antidoto degli effetti alcoolici, potrà però riuscire, siccome ha fatto negli accennati casi, a combattere malattie di questo e di altri generi, quando vi sia bisogno di temperare l'impeto circolatorio, specialmente se combinato con un dissesto neuralgico. — Fissare i casi in cui convenga preferire la digitale ad ogni altro mezzo, non è sì facile, anzi lo credo impossibile; nonostante credo in genere, anche per mia esperienza, di poter dire che gl'individui di nervoso temperamento sentono maggior giovamento da tal rimedio, quando il loro organismo è preso da malattie in cui primeggia o tiene parte principale lo esaltamento del sistema vascolare rosso. — Del resto la prudenza dei singoli medici e la pratica ragionata devono essere di guida in tale prescrizione, siccome anche lo devono riguardo ai modi di amministrazione. Questi essendo svariati, molteplici ed a tutti ben cogniti, sarà bene adattarne ciascuno ad ogni singolo caso; però la infusione fatta con le foglie secche, per me credo, che sarà spesso da preferirsi ad ogni altro. (*Gazzetta Medica di Torino* 16 *Ottobre* 1865).

Sull'azione del solfito di soda nella stomatite mercuriale. Nota di *Giovanni Polli.*

L'egregio dott. *G. B. Franchini,* nello *spoglio terapeutico dei giornali* della *Gazzetta della Medica Associazione Italiana* (N. 14, 1865), al paragrafo XXX ci fa sapere che il dott. *Carlo Gallia,* assistente alla Clinica sifilitica del prof. *Sperino, in cinque casi di stomatite mercuriale, ribelli ad ogni mezzo, ed anco al clorato di potassa, ha trovato utile l'uso del solfito di soda,* amministrato alla dose di 5, 8, 10 grammi al giorno, disciolto in 300 grammi d'acqua di recente bollita.

Il dott. *Franchini* commentando questi risultati clinici, fa osservare che nei citati casi i solfiti non potevano avere azione terapeutica in forza della loro proprietà antifermentativa, perchè *i mercuriali ben lungi dal determinare in noi effetti patologici analoghi a quelli delle condizioni che si dicono di acuto fermento, una gran parte dei preparati idrargirici posseggono azione antifermentativa per eccellenza:* e che *se il solfito di soda spiega un'azione congenere a quella del clorato di potassa nella stomatite mercuriale, ciò devesi ripetere ben d'altronde che dall'a-*

zione chimica, essendo che questi due preparati si comportano in modo diametralmente opposto rimpetto all'ossigeno, e cioè il clorato di potassa lo cede, mentre il solfito lo prende dai corpi sciolti nello stesso veicolo.

Ciò premesso, il dott. *Franchini* crede di potere spiegare i fatti concludendo che, come i solfiti alcalini ed altri sali *temperanti* alcalini promovono la secrezione delle orine, così negli stati morbosi prodotti tanto da fermenti morbiferi, come dalla stomatite mercuriale, essi giovano perchè *espellono dall'organismo materiali disaffini.*

A qneste spiegazioni teoriche dell'egregio dott. *Franchini* mi permetterò di contraporre le seguenti osservazioni al solo intento di meglio chiarire l'azione terapeutica dei solfiti nel trattamento del ptialismo mercuriale, nel quale considero, fin d'ora, come un vero acquisto i risultati clinici narrati dal dott. *Gallia.*

I solfiti alcalini e terrosi non agiscono da antifermentativi nelle malattie da fermento per la loro azione *riducente* o *disossidante;* la loro azione è catalittica, come quella dell'acido solforoso libero sulle materie coloranti è un'azione di *contatto*, per la quale la materia organica impressionata, senza alterarsi nella sua composizione elementare, viene *modificata nella sua aggregazione molecolare*, viene *isomerizzata* in maniera da presentare diverse proprietà fisiche, e diversa resistenza alle chimiche decomposizioni.

Io ho già cercato di mettere in chiaro questa maniera di agire dei solfiti che dà loro la *più preziosa proprietà terapeutica*, e per la quale essi differiscono totalmente da tutti gli altri agenti antifermentativi tossici, riducenti, ossidanti o distruggenti chimicamente i fermenti o le materie fermentabili. (1)

Questa proprietà *antizimica* de' solfiti non ha, ripeto, nulla di comune colla proprietà *disossidante*, colla quale diversi chimici, e soprattutto i francesi credono unicamente di potere spiegare il fenomeno che ha luogo quando l'acido solforoso e i solfiti si mettono a contatto di materie coloranti organiche, o di materie organiche disposte o in corso di putrida fermentazione. — E questa distinzione vorrei che stesse bene in mente di tutti quel-

---

(1) V. gli Annali di chimica applicata alla medicina. Vol. XXXVI, pagina 238. — Anno 1865: Come agiscono chimicamente l'acido solforoso, i solfiti e gli iposolfiti usati come antiputridi. — Ann. di chim. cit. Gennaio 1865: Sull'azione terapeutica dei solfiti alcalini e terrosi, comparativamente a quelli de' corrispondenti iposolfiti.

li che desiderano di darsi una chiara spiegazione del modo di comportarsi e di agire dei solfiti nell' organismo animale vivente.

Ciò però non toglie punto che i solfiti alcalini e terrosi, sia applicati all' esterno del corpo vivente, sia presi internamente, non obbediscano alla chimica avidità che hanno per l' ossigeno, e producano anche effetti *riducenti* o *disossidanti*, i quali devono essere valutati e utilizzati a parte.

I solfiti alcalini e terrosi pertanto non sono antifermentativi perchè *disossidanti*, ma lo sono per la loro accennata *influenza catalittica*; essi poi, *oltre ad essere antifermentativi*, sono anche *disossidanti*.

Il clorato potassico, quantunque nei laboratori chimici sia da tempo impiegato per fornire ossigeno, e ne sia la più ricca e più pura sorgente, non si può considerare, amministrato internamente, o applicato all' esterno del corpo umano, come un *agente ossidante*. Non provano ciò le sperienze di *Bernard*, che pure intraprese in questa persuasione. Non lo confermano le sperienze di *De-Kramer*, eseguite per un analogo studio fatto insieme al prof. *Panizza*. (1) Ambidue questi investigatori con sorpresa verificarono la presenza del *clorato potassico* inalterato (KO,ClO5) nelle orine, mentre se esso lungo il passaggio nell' organismo avesse funzionato da composto ossidante, nelle orine doveva comparire allo stato di cloruro di potassio (KCl). (2).

Io non entrerò nella discussione del modo di agire del clorato potassico nelle stomatiti mercuriali, nello scorbuto della bocca, nelle difteriti faringee, nelle quali si trovò così frequentemente vantaggioso; ma mi limiterò a dire di quale maniera io concepisca l' azione dei solfiti nella stomatite mercuriale.

La stomatite mercuriale è certamente un fenomeno locale di generale idrargirosi. Ora se la stomatite ha progredito tanto oltre, da rendere suppuranti le gengive, fetida e aftosa la bocca, e quindi vi abbia determinate delle locali alterazioni putride, i solfiti, sia come collutori, sia come rimedii interni, gioveranno a mitigare questa condizione settica, come giovano nella scorbutica, colla quale il ptialismo mercuriale ha tanta analogia. Se poi le località buccali non sono che vie d' irritativa eliminazione de' principii idrargirici, i solfiti alcalini potranno spiegare preziosa azione terapeutica per le loro proprietà di disciogliere i coaguli idrargiro-albuminosi, *che forse costituiscono la causa dell' idrargirosi*. I composti proteici formano infatti coi mercu-

---

(1) Annali Universali di medicina, vol. CIV, pag. 206 e vol. CVII; pag. 167.

(2) *Isambert* e *Laborde* hanno pienamente confermata la inalterabilità del clorato potassico preso internamente, durante il suo passaggio nell' organismo, al quale non cede punto del suo ossigeno (Bullettin gén. de thérap., 15 février 1858. Annali di chim. applicata alla medicna, vol. XXIV, pag. 167).

riali dei precipitati insolubili, che i solfiti disciolgono assai meglio dei cloruri, degli ioduri e dei bromuri alcalini. Si provi l'azione solvente di una soluzione di solfito alcalino sopra il coagulo formato, mescolando siero di sangue, o albume d'uovo, con sublimato corrosivo in soluzione, comparativamente a quella che, a peso eguale, vi manifestano le soluzioni di ioduri o cloruri alcalini, e la convinzione di questo egregio potere solvente dei solfiti non tarderà ad essere adottata.

Egli è in questo senso che, dietro la brillante iniziativa data dal prof. *Sperino* di utilizzare l'azione antifermentativa del solfito di soda nella sifilide costituzionale, noi non abbiamo esitato a proporne l'uso dei solfiti anche nella idrargirosi, ed a preferenza dei bromuri e degli ioduri, dei quali i solfiti sono e più attivi e meno pericolosi. (1)

I solfiti e gli iposolfiti alcalini, oltre al potere antifermentativo, che può essere usufruttato sia localmente, sia sul generale dell'organismo nella sifilide costituzionale, hanno il vantaggio di disciorre, e quindi di riportare sotto l'azione dei processi assimilativi e spingere fuori dell'organismo colle secrezioni i composti albuminoidi-mercuriali insolubili, e rimasti perciò come materiali stranieri a perturbare le funzioni di certi organi. E siccome il clorato potassico non ha quest'ultima proprietà, perchè la sua soluzione acquosa, anche satura, non ridiscioglie i coaguli formati dal sublimato corrosivo collo siero del sangue ecc., così non solo ci sembra piana e facile la spiegazione dei fatti raccolti dal dott. *Gallia*, ma riconosciamo che egli fece dei solfiti una nuova e importante applicazione, che merita l'attenzione dei pratici. (2) *(Lo Sperimentale, Fasc.* 7., 1865*)*.

---

(1) Vedi Gazzetta medica italiana lombarda. Appendice sifiliatrica; 7 Marzo 1864.

(2) Il cav. dott. *Quaglino*, prof. di oculistica all'Università di Pavia, ebbe già occasione di confermare questi utili risultati in *due casi di stomatite mercuriale*, che resistevano ai soliti mezzi terapeutici, non escluso il clorato potassico, e che rapidamente migliorarono sotto l'uso del solfito di soda. Noi ci prendiamo la libertà di anticipare questa notizia, che verrà a suo tempo più dettagliatamente narrata, e comparata con altri casi da quel distinto Clinico, abusando forse dell'amichevole comunicazione da lui fattaci in questi ultimi giorni.

Patologia e Terapeutica Chirurgica

Cura chirurgica della flebite (dott. *M. H. Lee*).

In quattro casi di flebite, che però non vengono dettagliatamente indicati, si è ottenuto, dicesi, la guarigione assai presto e bene, mediante l'arresto della circolazione fra il cuore ed il punto infiammato. Cotali cure sono state praticate dal dott. *Lee* non solo dietro le viste di *Hunter*, ma anche perchè il sullodato *Lee* ritiene che in deposito fibrinoso, ossia la linfa plastica delle vene infiammate, proviene dalla massa sanguigna e non dalla parete del vaso.

I mezzi impiegati dal *Lee* sono stati i seguenti:

1. Un *gomitolo* (o cuscinetto) fissato al dissopra della vena basilica.

2. Una legatura della vena fatta con un filo ad 8 di cifra attorno alla vena stessa, e ad un ago passato prima sotto di lei.

3. La sezione della vena al dissopra del punto infiammato, chiudendo le due estremità del vaso mediante una sutura ad aghi.

Il *Lee* preferisce quest'ultimo metodo, assicurando che così si ottiene una solida obbliterazione della vena, senza timore di suppurazione, e dice ancora che dopo due o tre giorni si possono ritirare gli aghi con tutta sicurezza.

Io non dirò che siano pratiche da usarsi con molta facilità, ma nei casi gravi e quando il male minacci un esito gravissimo nelle località infiammate, certamente non trovo irrazionale quanto consiglia il dott *Lee*. Per quanto poi egli preferisca il taglio, intanto da noi si potrà avere più presto in memoria la compressione, che è più facile da eseguirsi, e più facile che il malato vi si presti. (*Gazzetta Medica di Torino*, 16 *Ottobre* 1865).

Ostetricia

Aborto consecutivo a sviluppo di vajuolo nella gravida e nel feto.

Accoglievasi nell'Hôtel-Dieu di Avignone una donna di anni 25, già vacciuata, in sesto mese di gravidanza, e malata da 4 giorni di febbre, esordita con freddo, susseguito da vivo calore ed accompagnatosi a cefalea frontale, a dolori contusivi negli arti ed ai lombi, anoressia, lingua sordida. Tre giorni dopo il suo ingresso nello spedale, comparvero sulla cute i primi indizi di una eruzione vajuolosa, la quale ebbe un andamento regolare. Nel periodo di 15 giorni l'ammalata poteva dirsi convalescente. Nell'ottavo giorno di convalescenza, in seguito ad un disordine dietetico, riapparve la febbre, con

cute arida e bruciante, con polsi a 150, e 2 giorni più tardi il suo corpo era coperto di macchie analoghe a quelle dell' orticaria che scomparvero in 3 giorni. Se non che, l' ammalata viene colta da doglie che, per la sede e direzione, rassomigliano a quelle prodotte da contrazioni uterine. Queste continuarono, facendosi gradatamente più forti per 6 ore, finchè usciva dall'utero un feto, morto verosimilmente da parecchi giorni, avuto riguardo al grado di putrefazione. Sul dorso portava una quarantina di macchie grigie, rotonde, di 6 ad 8 millimetri di diametro. Staccata l' epidermide in que' punti, il derma presentavasi rosso e lievemente sporgente; in alcune di tali macchie avvertivasi una piccola depressione centrale; altre erano di colore giallastro. L' ammalata si ristabilì in breve, completamente. Questa osservazione, la quale conferma il fatto segnalato dagli Autori, della influenza cioè delle febbri eruttive sulla produzione dell'aborto, e della possibilità di trasmissione della malattia al feto, parve al *Monier*, che la riferisce, degna di interesse. Crede poi opportuno l' avvertire, che il travaglio uterino non cominciò che dopo la disparizione completa dei fenomeni della eruzione vajuolosa nella madre, e che la condizione delle macchie nel feto (macchie che non esita a riguardare quali pustole vajuolose) denunciavano che la eruzione anche in esso, e nel seno materno aveva avuto un andamento regolare. (*Gazzetta Medica Italiana Provincie Venete*, 16 *Settembre* 1865).

Rottura traumatica della vagina; sortita degli intestini all' esterno, applicazione del gran forcipe allo stretto superiore, guarigione.

M. Hyernaux nella notte del 1. al 2. Novembre 1851 fu chiamato presso la signora Van Hauwermeieren, e vi trovò il dott, X..... il quale gli narrò come trovandosi la signora in sopraparto, e vedendo che questo procedeva con molta lentezza, aveva prima somministrato l' ergotina, e quindi applicato il forcipe, ma tutto inutilmente, e che scongiurato dalla paziente aveva ritirato poi il suo istrumento a cui poco dopo tenne dietro un ernia intestinale. L' X.... asseriva che la testa del feto si trovava allo stretto inferiore. — Avanti che il dott. *Hyernaux* verificasse quello che attualmente esisteva, volle essere istruito su alcuni dati anamnestici, ed infatti seppe, che la signora aveva già partorito altre tre volte. La prima volta fu assistita da un medico che l' operò salvando il feto ancora. Nelle due susseguenti gravidanze però essa aveva preferito, come questa volta il dott. X..... che meno fortunato del suo predecessore ebbe tutte le volte la disgrazia di portar fuori dei bambini morti, sempre estratti col forcipe.

Ecco come il dott. *Hyerneaux*, racconta l' occorsogli caso.

Io trovo la paziente nel suo letto che si riposava delle fatiche e dei dolori che l'avevano travagliata. La sua figura esprimeva l'abbattimento, e la sofferenza; il polso era debolissimo, madida la pelle, presso che nulla la calorificazione, fioca la voce. Si raccomandava alla nostra pietà, alla nostra benevolenza. — A titolo di incoraggiamento e per tranquilizzarla da quella pena e trepidazione che la presenza di tre ostetrici naturalmente produce su di una povera donna in parto, io l'esortai a fare durante le contrazioni qualche sforzo volontario, persuaso che la testa si trovasse veramente tanto bassa, come il dott. X..... mi aveva detto. Ma non tardai molto ad accorgermi che questa donna non aveva veramente nessuna doglia espulsiva; ma invece nell'interrogarla seppi che negli sforzi che Essa faceva per secondare piccole doglie, sentiva come qualche cosa che sempre più gli andasse uscendo dal corpo. Intanto raccontava che presa l'ergotina inutilmente, quando per sollecitare il parto fu ricorso all'uso degli istrumenti, Ella sentì bene che con molta difficoltà il Chirurgo poteva introdurre il forcipe, ma che sopratutto poi gli riuscì penoso e dolorosissimo alla parte sinistra, dopodichè gli sforzi di estrazione le erano insopportabili, e gli atroci dolori provati ben differenti da quelli dei parti antecedenti, tantochè riteneva non essere il suo bambino quello che era stato attanagliato ma bensì qualche cosa che gli veniva strappata dal ventre. Queste sono le sue precise parole. — Nel mentre che mi veniva fatto questo triste e deplorevole racconto, io che ero occupato nel più minuto esame, grande fu la mia meraviglia e la mia emozione quando invece di una semplice ernia, trovai una massa enorme di intestini tenui ed epiploon pendenti fra le coscie. Il cuore di un medico può qualche volta restare impassibile, anche in faccia alla morte; ma pur troppo ciò non avviene quando preso all'improvviso avrà sotto agli occhi lo spettacolo di viscere palpitanti fuori uscite, e che ascolterà il lagno supplichevole di una povera madre che agonizzante scongiura perchè gli si ridoni la vita, perchè non sia tolta al suo disperato marito, alle sue innocenti creature. Bisogna avere assistito a queste scene strazianti, bisogna aver veduto questi lugubri quadri per comprendere tutto che hanno di terribile e di solenne, e per farsi un idea dei sentimenti che essi ispirano nell'animo concitato dell'operatore.

— Fortunatamente il collo dell'utero era molto dilatato, e la testa del feto in prima posizione, e non discesa ancora nel piccolo bacino, per cui facilmente potei trovare la lacerazione, che esisteva al lato sinistro del cul di sacco Utero-Vaginale, e che poteva senza stento ammettere tre dita. Il bambino aveva cessato di vivere.

— I miei colleghi mi affidarono il delicato incarico di liberare questa disgraziata donna. — Situata la paziente in adatta posizione, fu mia prima cura di far rientrare i gaz degli intestini fuori usciti verso le parti superiori;

indi introdotta la mia mano sinistra, spinsi la testa del feto verso il lato destro del bacino, per aumentare lo spazio della parte opposta, e in questo modo mi fu più facile l'introduzione delle anse intestinali, per quanto per mezz'ora, e forse più dovessi rimanere occupato in manovre delicate e pazienti prima di aver la soddisfazione di avere ottenuta la completa e deffinitiva riposizione di tutte le anse intestinali. Fatto questo, sul momento colla guida della mia mano introdussi e applicai prima la branca sinistra del forcipe, quindi la destra. Una sola trazione prolungata bastò a portare fuori la testa, quindi il corpo, e subito dopo la placenta.

La puerpera venne ben detersa, quindi supina fu rimessa nel suo letto, prescrivendole una pozione cordiale, e una immobilità assoluta. Prima di lasciarla mi assicurai che l'ernia non si era riprodotta. L'indomani mattina la ritrovai in buone condizioni, e solo lamentava un leggero addoloramento per tutto il ventre, che poi cessò con un cataplasma ammolliente, e con qualche unzione mercurio-belladonnata. Il seguito della cura non presentò nulla di particolare: dopo 15 giorni riscontrai perfettamente cicatrizzata la lacerazione, e finalmente dirò come un anno preciso dopo l'operazione questa donna partorì felicemente un quinto bambino, e dopo due anni ne ha partorito, pure felicemente, un sesto. *(Ippocratico, 15 settembre* 1865 *).*

BIBLIOGRAFIA

Saggi di Medicina e Chirurgia pratica ragionata, di Bernardo Costantini. — Napoli 1864.

Il sig. *Bernardo Costantini* di Teramo ha pubblicato in Napoli pei Tipi di F. Vitale, una sua opera intitolata: *Saggi di Medicina e Chirurgia pratica ragionata*, con trentatre figure in litografia, vendibile al prezzo di Lire tre, presso Agostino Pellerano, libraio-editore a Strada Fiorentini N.° 26.

L'opera tratta di argomenti gravi, contiene osservazioni interessanti, ragionamenti giusti: è perciò stata molto apprezzata da uomini sommi, fra i quali dal ch. nostro prof. comm. *Rizzoli,* ed è stata premiata con laurea dottorale, conferita a voti unanimi, dal Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, giusta l'art. 101. del regolamento in vigore, che prescrive potersi conferire, senza esami e con dispensa dalle tasse,

alle persone *salite in alta fama per opere a stampa, invenzioni, scoperte ecc.*

Questo libro è tale da richiamare seriamente l'attenzione di chiunque ama l'umanità e la scienza, e perciò ne lo raccomandiamo.

Intorno l'idrope ovarico, sua natura, diagnosi e cura di I. Baker Brown, traduzione sulla 2. edizione Inglese del dott. cav. Domenico Peruzzi. Sinigaglia 1865. — Prezzo L. 5.

Un lavoro assai commendevole è di fresco escito in luce in Sinigaglia dalla tipografia di Pattonico Giovanni, per cura dell'egregio amico e collega il dott. cav. *Domenico Peruzzi.* Il quale conoscendo, ben a ragione, che una grande utilità scientifico-pratica la si ha in ispecie dalle opere monografiche, si sottopose alla grave fatica di tradurre dalla seconda edizione inglese, quella dell'illustre *Baker Brown* che verte intorno la natura, la diagnosi, e la cura dell'idrope ovarico. La traduzione riescì stupendamente, e seppe il traduttore informarla di guisa che offre l'aspetto come fosse in primo gettito di penna italiana. E questo non è piccolo vanto, ma lo tengo anzi per sommamente pregevole.

Da tali studi adunque del *Baker Brown,* ridotti nel nostro idioma, il lettore attinge una adeguata idea di tutto quanto risguarda l'ovariotomia, e se ne giova relativamente a tanto subbjetto. E di vero, grado grado è guidato a conoscere le varie fasi del morbo, ad indagarne i procedimenti, a seguitarne i caratteri principali: ne vede il corso, ne confronta le differenze con altri tumori, e così si chiarisce intorno la diagnosi, e finalmente si fa edotto circa la cura.

Or bene, una materia di tanta importanza e sì convenientemente distribuita, non meritava d'essere renduta più diffusa, più nota ai Medici e Chirurghi italiani? E non era scopo degno d'encomio il mostrare ancora insieme a quella materia, tutto quanto spetta alla chirurgia in Italia circa a quest'argomento, e completare di tal guisa ed utilmente la storia dell'ovariotomia? Sì davvero; ed il *Peruzzi* ciò fece appunto non volendo monco il suo lavoro, e più, lo decorò di note, e di aggiunte, e perfino di una istoria di Ovariotomia che gli appartiene, e che primo in Italia eseguì per idrope ovarico.

Ben di buon grado quindi ho scritto su tale proposito queste poche righe di annunzio bibliografico, e mi torna carissimo porgerne qui pubbliche lodi al collega egregio, ed esprimergliene molta gratitudine per il reale beneficio che arrecò alla medica italiana famiglia anche con questo suo lavoro.

Ho piena fede adunque che tali miei sentimenti su quanto or fece l' ottimo *Peruzzi* saranno bene accolti, e sono anzi convinto che il cenno il quale porgo di questa sua scientifica fatica varrà esso pure ad invogliare i colleghi a procurarsi il pregievole volume.

Verardini Ferdinando.

Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso, pel dott. Francesco Roncati. — *Bologna* 1865.

Era generalmente sentito di presente in Italia il bisogno d' avere un libro che servisse a dare un' indirizzo alle cose di medica spettanza; ed era sentito quel bisogno tanto più, in grazia della grande rivoluzione nata anche in questi studii; laonde i medici, in generale, e massime quelli che a cagione d' essersi da tempo sobbarcati alle fatiche dell' esercizio pratico nelle Condotte non hanno potuto seguire i radicali cambiamenti avvenuti nella Scienza, rimanevano incerti a proceder oltre, e bramavano una scorta che li guidasse nell' intricato cammino. Ma se questo desiderio era da tutti gli studiosi provato, dall' altro canto ognuno si ripeteva: che l' attuazione di un lavoro di sì alta importanza tornava assai arduo, e richiedeva una mente molto elevata, e dottrina assai vasta per riescire a buon fine.

Ebbene, quel desiderio comune è soddisfatto; l' opera è stata compiuta, e degnamente compiuta! L' egregio collega dott. *Francesco Roncati*, ha testè pubblicato un Volume in quarto grande, di Pag. 787, che appunto serve a tant' uopo. Merita quindi lodi grandissime non solo, ma ben anche è doveroso si rendano le maggiori e più sentite azioni di gratitudine cordiale a Lui che riempì quel vuoto, a Lui che superò a forza di perseverante operosità la difficile impresa. Egli, sebbene ancora in giovane età, pur nullameno è conosciuto molto onorevolmente dalla medica famiglia, per dottrina, e per quelle morali virtù tanto più oggi desiderabili perché fatte un po' rare. Fu mai sempre indefesso ne' suoi studj, e potè quindi compiere altri interessanti lavori, e la prima parte di questo di cui ora volentieri m' interesso, esce come in seconda edizione, e quel che è più, corretta, riveduta, ed ampliata; sta bene l' abbia riunita alle altre due, m' intendo quella che risguarda le malattie del petto. Di tal fatta Egli mise insieme, ed armonicamente accordò, e diede una traccia di tutto quanto può servire in idee genera-

li, ed anche in alcuni punti venne a rilevantissimi particolari, e minuti particolari, per ciò che verte intorno le cose mediche fondamentali le più importanti, le più degne d'essere conosciute e studiate. Facile, chiaro, evidente riescì nella esposizione; succoso, stringato, logico, nelle sue argomentazioni; ordinato, e stupendamente esatto nelle sue deduzioni; sobrio nello attribuire alle scienze affini alla medicina l'utile che arrecano ed alla teoria ed alla pratica; finalmente riescì pure a scansare il mal vezzo della ingiuria e della satira, e dignitosamente sostenne le proprie opinioni.

A prova in parte delle mie asserzioni, istimo cosa degna il trascrivere per intero il primo paragrafo, che lo guida poi oltre nello svolgimento della vasta materia. » Cessato nella patologia il dominio dell' idealismo (Ei dice) e ridottovi a giusto accordo lo studio empirico col metodo razionale, a ciascuno assegnati limiti e scopo, un' era nuova dovea necessariamente pur cominciare nella pratica medicina, la quale, già dai molti sistemi e dal falso metodo dell' innanzi, fatta stranamente trasviare, ora trovava in buon punto anche il soccorso affine di più scienze ausiliarie, prima di lei entrate nella riforma: e così fu: ai progressi della fisiologia normale, agli studi di anatomia e fisiologia patologica, al soccorso delle scienze fisico-chimiche, noi dobbiamo in massima parte quel diverso indirizzo, che or qualifica la pratica medicina. Dai sintomi alle alterazioni materiali, come dagli effetti risalendo alle cagioni, oggi è stata generalmente sostituita alla diagnosi sintomatica e di forma, la diagnosi anatomica e di natura: e come per la diagnosi, così per pronostico e cura, sonosi trovati sussidi nuovi, più salde basi, inaspettate applicazioni ».

Ora in breve dirò e succintamente di tutta l'opera, la quale è divisa in tre parti, e vi precede in tutte la diagnosi delle varie malattie discorse in ognuna di quelle. Nella prima, si occupa de' morbi delle pleure, de' bronchi, e de' polmoni, ed insegna con mirabile esattezza, e sempre, la maniera meglio adatta per darsi alla ricerca delle più minute particolarità che ponno soccorrere il medico onde riescire accuratamente e determinare le molteplici forme morbose. Studia le malattie del pericardio, del cuore, dell' aorta toracica; guida il lettore nel modo migliore a praticare la percussione, l'ascoltazione, e l' esame degli sputi, delle urine, de' sudori, e via via, e massime inculca di giovarsi del termometro a bene misurare la temperatura, onde obbiettivamente determinare la febbre nei vari infermi. Il capitolo che risguarda le nozioni relative ai trombi, ed agli emboli, è veramente pregevole; ma essendomi prefisso di dare soltanto un cenno del lavoro del *Roncati*, non

mi vi addentro, e seguo oltre attenendomi alle sole generalità. Spero però anche con ciò, di farne risaltare i pregi sostanziali, di tributargli il meritato onore, e di procurargli quel compenso che ben merita, val dire: che i colleghi si giovino delle sue fatiche, procurandosi l'opera intera, e non avranno certo a pentirsene.

La parte seconda risguarda le malattie del ventre; esaminansi quindi i tumori addominali, e se ne rileva la massima difficoltà diagnostica, sebbene in pari tempo se ne faciliti dall'Autore, e se ne appiani la via. Poscia si esaminano le malattie del peritoneo, i suoi essudati, i suoi neoplasmi, e pur quelli delle glandole retro-peritoneali; indi i morbi del fegato e delle vie biliari si passano a rassegna, e que' della milza, dello stomaco, delle intestina, de' reni, delle capsule sopra-renali, ed infine studiansi le malattie del pancreas. Nella terza parte si illustrano le alterazioni varie e tante che sono proprie del sistema nervoso. Tema difficile ed oscuro oltre maniera, ma pur esso dottamente investigato dall'egregio Autore, il quale lo svolge di questa guisa: fa l'esame dapprima anatomico del sistema nervoso per rispetto alle funzioni di senso; ne guarda i fenomeni riflessi ed i simpatici; s'interna ad osservare le alterazioni di sensibilità, come l'iperestesia, l'anestesia, la neuralgia, le alterazioni del movimento, quali i convellimenti convulsivi, le contratture, il tremolio, le paralisi, la mancante coordinazione. Scruta ben bene quelle malattie de' nervi che non han sede anatomica assolutamente determinata, e sono: la corea, il tetano, l'epilessia, l'eclampsia, l'isterismo, la catalessi, l'ipocondria, la corea maggiore, che distingue dalla minore. Da ultimo si occupa l'Autore delle malattie del cervello e delle sue meningi, e distingue iu una triplice classificazione i morbi cerebrali in rapporto clinico, vale a dire: fondandosi sul modo di loro invasione e corso; sulla diversa estensione; sulla varia sede de' processi morbosi nel cervello.

Ragiona sull'infiammazione ed ematoma della dura madre, poscia della meningite della base, o tubercolare; della semplice, o meningite della convessità; indi osserva l'idrocefalo cronico e congenito; l'edema del cervello e delle meningi: l'anemia, l'iperemia, l'emorragia cerebrale. Considera con acume quanto risguarda l'encefalite, gli ascessi del cervello, i suoi neoplasmi sotto forma di tumori; l'ipertrofia, l'atrofia, l'embolismo, infine la sifilide cerebrale. Le ultime contemplazioni versano sulle malattie de' principali nervi dell'encefalo, su quelle della midolla spinale, e su nervi che ne nascono.

Toccate le discorse generalità intorno gli studi del *Roncati*,

stimo che di leggieri ognuno si farà capace della importanza, del valore, e della utilità che se n' ha a ritrarre. Per me tanto già il dissi, e lo ripeto qui volentieri, è lavoro proprio di pondo questo, nè mi soffre l' animo di passarmi sotto silenzio, ma amo raffermare le mie asserzioni valendomi dell' autorità di non pochi chiarissimi colleghi, i quali tesserono e pubblicarono lodi in riputatissimi Giornali Scientifici Italiani, sopra quest' Opera, di cui ho compilato l' attuale breve sunto bibliografico. Credo quindi concludere a ragione il presente articolo affermando che: l' indirizzo proposto dall' egregio *Roncati* alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre, e del sistema nervoso, varrà a procacciargli sempre più la stima altrui, ed a farlo ritenere a buon dritto quale uno de' maggiori Clinici di cui si onori questo nostro bel Paese.

Ferdinando Verardini.

VARIETÀ

Pensieri sul Cholera Asiatico, del soc. res. dott. Canuto Canuti.

Non di rado il dubbio conduce alla scoperta del vero.

Se le tenebre che ancora involgono la patogenia e terapeutica del Cholera Asiatico, non richiedessero ulteriori studi, e non ne consentissero di chicchessia e di ogni maniera, non oserei certo produrmi con questo scritto ad investigare l' arcano morbo da un punto di vista novello, cioè nella particolarità che avrebbe d' arrestarsi talvolta inopinatamente, qualunque l' epoca dello sviluppo, e sotto metodi curativi diversi (1). Locchè significherebbe che non avesse condizione profonda, nè si collegasse a processo morboso di sorta (2). Quindi apparterebbe, per gli educati alla scuola del Tommasini, alle

---

(1) Tommasini. Nozioni sul Cholera Asiatico. Edizione 5. Nota. Rapporto del Comitato Ligure pag. 65. Emiliani. Memoria della Società Medico-Chirurgica. Bullet. de l' Academie Imperiale 1853 (Stosch). Martini Lorenzo. Studi sul Cholera — Robolotti, Cholera di Cremona, Rubini, Curtarelli, Ricciardi, Ziliotto.

(2) Siccome in cinque, in quattro e persino in tre giorni, l' infermo di cholera anche grave può passare a stato di convalescenza, ben vedesi che quando dipendesse, da flogosi, ciò non potrebbe accadere. Belloli.

malattie adiatesiche (1). Ma ammettendosene da eccesso e da difetto di stimoli, da applicazione di controstimoli, e da materie e principii irritanti quale poi ne sarebbe la categoria? Ove non m'inganni intorno ciò che ho veduto nella mia pratica, dovrebbe essere quella a dirittura di stimolo eccedente o previa appena istantanea irritazione. Fuor di dubbio i più dei colerosi che mi ebbi ad osservare, nell'esordire il morbo, manifestavano calore soverchio, pienezza, vibrazione, frequenza di polsi, fisionomia animata, deciso orgasmo. Evvi reale astenica affezione che prorompa in simil guisa? Non poteva ne' medesimi essere già sopravenuta una reazione, imperocchè l'abbandono delle forze palesavasi mano mano progrediva la malattia. Non è contrario alla clinica osservazione che infermità da eccesso di stimolo ascondano i loro caratteri essenziali, facendosi gravi, oppure passando ad interessare parti cospicue del sistema nervoso. In tali circostanze non solo possono scomparire le espressioni dello stimolo morbosamente accresciuto, ma subentrare le sembianze della più minacciosa ipostenia, e la crasi stessa del sangue dissolversi e pervertirsi. Tuttavia se si opera a rimovere la stasi, l'inzuppamento sanguigno, tornano sinceri i sintomi perchè l'azione nervosa non è più impedita, e così pure lo stato del sangue si normalizza ben tosto. Era manifestamente infiammatoria una grave artritide, ma appena il fomite morboso si trasportò al cuore, in un tratto polsi depressi, sudori gelidi, deliqui! Spaventose erano le apparenze di ipostenia in altro mio infermo di gravissima colica emorroidale. Impercettibili i moti del circolo, fredda marmorea la cute, pallore mortale, quasi estinta la voce, dolori ventrali atroci, smania indescrivibile, vomiti, iscuria. Pure dipendendo proprio da soppresso flusso emorroidale, con largo sanguisugio all'addome, i polsi in breve si rialzarono, cangiossi l'aspetto dell'infermo, ed immediatamente cessò ogni pericolo. Un fornaio addormentatosi dopo il pranzo nella stufa della bottega, fu tratto fuori semivivo, e con vomiti, dejezioni, crampi, ed altri imponenti fenomeni. Io non potei accorrere subito, perchè presso altro ammalato. Ma un occulista francese che trovavasi accidentalmente in luogo (Cotignola) si era prestato, e dubitando di Colera (si era nel 1832), tutto il paese si pose in costernazione. Arrivato io, verificai uno stato certo di assai gravi espressioni. Nullameno considerata fra tante altre circostanze l'occasione del male, ordinai che fosse, senza perder tempo, salassato. E dopo che a stento uscì quasi sangue

---

(1) La scuola del Tommasini in quanto a principii non sarebbe da disertare, e finchè, il positivo all'occhio materiale, non è il fatto compiuto all'intuito mentale, la filosofia del Tommasini varrà sempre a indagare e distinguere le più recondite ragioni dei morbi.

piceo, a poco a poco il getto prese più forza, il sangue indi naturale, ed eseguita a riprese una sottrazione quasi di due libbre, l'infermo, col riprendere i sensi, cessò da ogni altro patimento, e presto ripigliò la sua abituale sanità. Non potrebbe la condizione morbosa del Cholera, (stato di stimolo eccedente) una sempre essere (1), con sintomi ora aperti, ora mascherati per nervosa influenza, o che lo stimolo ferisse nervi cui competessero fenomeni di prostrazione più o meno che il male in essi si estendesse ed addentrasse! Se fosse realmente quel che apparisce una malattia da depressione, non dovrebbero allora cessare i vomiti, le dejezioni ventrali ecc, tostochè subentrasse la reazione, come avviene del cholera sporadico? Quando astenica l'intima condizione del Cholera Asiatico, si sopporterebbe egli mai nel principio del male il salasso! Invece questo mezzo per lo più riesce di tale efficacia d'aversi da molti vera ancora di salvezza. Ed il ghiaccio all'interno, le fredde applicazioni, varrebbero esse a promovere la reazione al pari dei rimedi eccitanti? (2 D'altra parte, quali perdite, quali deficienze inducono il Cholera Asiatico? Vediamo esseri ben costituiti in tutto il vigore della salute ad un tratto prostrati nel massimo languore, e questi sono gl'individui che più spesso soccombono al male (3). Se si trattasse di malattia da vero diffetto di stimolo, accadrebbe il contrario, e in ispecie poi qualora un deprimente positivo la determinasse. Non fanno propendere per la stenia, i dolori e bruciori nel basso ventre, la sete inestinguibile, il vivissimo desiderio d'acqua fredda, anche essendo estrema la prostrazione e nullo il calore esterno? E le guarigioni insperate dopo profuse emorragie dal retto, dallo stomaco, dall'utero che significano? Che significano i vantaggi del sanguisugio ai vasi sedali, all'epigastro; delle coppe scarificate, anche nell'algore e nella cianosi? Il *Ferrini* che vidde proficuo più d'una volta il flusso emorroidale appunto nell'algore, lo rilevò giovevole vieppiù largamente accadeva lo sgorgo del sangue. Egli addita il caso di persona che pareva perduta, si fortemente era attaccata dal morbo, la quale sfuggì alla morte solo per copiosa emorragia rettale. La reazione subentrò sollecita, fu mite, la convalescenza progredì rapidamente (4). Con ciò concordano le deduzioni che si possono trarre conside-

---

(1) La natura del Cholera non é diversa ne' singoli stadi. Condizione di stimolo dal principio alla fine. Rasori, Pirondi.

(2) Chierici, Rossi, Gaymald, Gerardin, Wigh, Pirondi, Versari, Trompeo, Rasori.

(3) Robolotti, Pirondi.

(4) Ferrini. Cholera di Tunisi.

rando la genesi del morbo, vogliasi il contagio, vogliasi il miasma. È il contagio l'agente produttore del Cholera Asiatico, siccome i fatti ognor più evidentemente dimostrano? I contagi, sebbene sull'istante irritino, per la reazione che quasi subito risvegliano, vengono ad operare da stimoli. Vuolsi il miasma. Anche così si arriva allo stimolo morboso, imperocchè l'intima condizione delle malattie miasmatiche, in ispecie le febbri intermittenti che ne formano la classe più estesa, è considerata l'emormesi, il turgore vascolare. Colimano il peso delle induzioni suddette i risultati delle autopsie cadaveriche, quegli ingorghi venosi del cerebro, i nerveo ganglionari, quelli della spina, i polmonali, cardiaci, epatici, intestinali, che sono i più frequenti disordini e più costanti a rinvenirsi.

Se adunque malattia iperstenica il Cholera Asiatico, in qual parte accendesi questo morboso stimolo! Sia contagio o miasma l'agente che lo determina, trattandosi ad ogni modo di affezione per assorbimento di principj eterogenei, detto stimolo dovrà spiegarsi o nel sistema circolatorio o nel nervoso. Io mi pongo fra quelli che veggono l'alteramento nel sistema nervoso, resti il medesimo impressionato all'atto che l'assorbimento si effettua, o quando il principio inaffine trascorre col sangue. Comunque avvenga la cosa, vogliasi un azione elettiva, o proceda per consenso, i sintomi della malattia conducono poi a giudicare affetti in particolar maniera sì i nervi ganglionari chè spinali (1). Significano impegnati i nervi ganglionari quegli inceppamenti del circolo, quella turbata ematosi, respirazione, calorificazione, e le alterate secrezioni. Il midollo spinale manifesta la propria innormalità, per gli spasmi, i granchi, le convulsioni tetaniche. Se pure l'una e l'altra serie dei fenomeni non dipende dal vario grado dell'alterazione dei nervi ganglionari soltanto, onde ora soggiacciano ad irritazione, ora ad intorpidimento. Sforzi frequenti di vomito, e perturbamenti di digestione osservò pure *Valsalva* tagliando il pneumogastrico; la trasformazione del sangue venoso in arterioso impedita *Dupuytren*; la coagulazione del medesimo in tutto l'albero arterioso *Mayer*; dal taglio del gran simpatico viddero succedere altrettanto *Gluce* e *Iahan*, ed eziandio l'abbassamento della temperatura animale. Ma la sede ad un tempo e la condizione patologica del Cholera Asiatico ha conferma dal corredo dei sintomi che *Schoenlein* assegna all'apoplessia ganglionare, (vomiti, dejezioni alvine di materie acquose miste con fiocchetti albuminosi, fisionomia alterata, afonia, freddo marmoreo della cute, abbattimento, soppressione dei polsi). Come mai tanta gravezza da semplice stato iperstenico, da turgore o congestione vascolare? Se riguardisi all'importanza del-

---

(1) Robolotti, Turchetti, Versari, Verardini, Minervini, Timermans.

le parti che ne sono investite, agevole sarà comprenderlo, e si intenderà pure la difficoltà di vincere e spostare un morboso turgore semplicemente, imperocchè pe' luoghi in cui risiede, esso arriva a sopire la reattività nervosa generale, e ciò fa eziandio che non sentasi appieno l'azione dei rimedi. In questo caso, s'incontra, come a modo d'esempio l'angina di petto, che la sede del morbo influisce assai più della condizione da cui provviene.

Nel concetto mentovato scompare ogni contraddizione riguardo la terapia del Cholera Asiatico, e trovasi la ragione, trattandosi di semplice congestione, di stato morboso adiatesico, che giovi l'oppio ed il salasso, il ghiaccio e gli eccitanti, gli antispasmodici, i rivulsivi ecc. Tutti questi mezzi in varia guisa concorrono ad accellerare il circolo, a spostare laddove ristagna l'accumulamento del sangue, a ridestare la fibra intorpidita; precipue indicazioni per siffatto morbo. Gli eccittanti non giovano in qualità di stimoli, ma come agenti idonei ad accellerare appunto il circolo, ad aumentare il calore alla periferia, sicchè si rimova quell'ingorgo, quell'accumulamento fatale. Il ghiaccio, generalmente preconizzato, riuscirebbe rivellente diretto, poichè opererebbe sulla natura della condizione morbosa, e siccome la fibra non è controstimolata, ma oppressa, promove più facilmente la reazione, togliendo la causa dell'oppressione, lo stimolo morboso, l'ingorgo. Il salasso, il sanguisugio, le scarificazioni, agirebbero quai mezzi idraulici, e cioè diminuendo la massa del sangue, aumentando lo spazio al movimento del medesimo. Gli oppiati come antispasmodici, sedativi, rilasciarebbero la fibra e la porrebbero in attitudine di sentire meglio l'azione degli altri presidii curativi. Allorchè accoglieva nella mente simili idee l'epidemia cholerica del 1855 (Bologna) era quasi sul finire, ond'ebbi campo d'applicarle solo nel caso di certa E. S.. donna di mezza età, ben complessa però e sana. Da molti giorni avea diarrea sierosa, quando ad un tratto spossata, voce fievole, sfigurata nell'aspetto, vomito, oppressioni di stomaco, contrazioni alle gambe, ebbe a coricarsi. Trovatala con polsi gonfi e tesi, quantunque tardi e lenti, subito le prescrissi un salasso di sei in sette oncie, pannilani caldi alle gambe, empiastro di semelino e foglie di Iosciamo all'epigastro; internamente, in modo alternativo, ogni quarto d'ora un cucchiaio da caffè di gelato di limone, e di una mistura preparata con acqua di menta, cinnamomo, liquore anodino, solfato di morfina e sciroppo d'alkermes. In tre giorni circa, con questi mezzi, regolati a seconda delle circostanze, riuscii a porre l'inferma fuori di pericolo. Ben lungi d'accreditare con ciò i miei pensamenti, piglio piuttosto occasione da questo fatto di rimarcare che se il sangue fosse stato essenzialmente alterato nella sua crasi, come pur anche si pensa del Cholera, il ripristinamento non sarebbe per lo meno accaduto con tanta sollecitudine (1).

---

(1) Timermans. L'alterazione del sangue non è primitiva.

D'altra parte non so concepire malattia per dissoluzione del sangue, senza vedere uno stato morboso ed universale e quasi irreparabile. Quando il sangue appare disciolto, quando i nervi non reagiscono, questo è conseguenza dell'essersi sempre più approfondita la condizione del morbo, ed è tanto falso simile apparecchio di morte, che volgendo la malattia in bene, si palesa uno stato di stimolazione eccedente. Anche in siffatte considerazioni, è da farsi attenzione ai primi forieri del male, alle insolite lascezze, alle vertigini, alle oppressioni di stomaco, ai borborigmi, alle nausee, alle diarree, perchè l'occasione terapeutica non trascorra. Avvanzandosi nulla di meno il morbo, siccome il fondo morboso è ognora lo stesso, le indicazioni essenzialmente non mutano, quantunque l'applicazione dei mezzi curativi facciasi più ardua, non avendo la pratica ancora ammaestrato a regolarla proporzionalmente alle circostanze, e adattando i singoli mezzi alla gravezza delle medesime.

Il Cholera Asiatico è malattia affatto nuova ! Molti ed autorevoli lo trovano identico al Cholera descritto da *Areteo*, da *Celso*, da *Mercato* ecc. Io ebbi questa opinione, finchè in pratica non mi occorse. Ma vedutolo appena, mi parve che i casi gravissimi di Cholera degli Autori, e da me osservati e ritenuti prima affini all'Asiatico, punto non fossero da confondere con quest'ultimo. L'alterazione dell'aspetto, lo stato della cute, la qualità dei polsi, la cupa agitazione, sono fenomeni che tali non si osservano del tutto nel Cholera sporadico. Delle malattie che in pratica ho visto, non vi sarebbe per me che il morbillo grave e maligno che avesse taluna delle impronte del Cholera Asiatico. Ultimamente quando dominava qui il morbillo n'ebbi un caso imponente, anche per i vomiti, per le profuse evacuazioni ventrali, spasmodiche contrazioni, lividume della pelle, che se mi fosse occorso mentre imperversava il Cholera ne avrei avuto apprensione. Per le cose premesse da me però, il Cholera Asiatico non potrebbe essere paragonato che a certe effimere maligne, e m'accorderei con *Raiman* il quale in fatti lo considera un effimera malignissima pestilenziale, o con *Lorenzo Martini* che l'accosta all'effimera sudatoria britannica. Come morbo avente la sua condizione o nella spina o nel sistema ganglionare e solo per simpatia destante fenomeni gastro-enterici, potrebbe considerarsi in relazione colla colica di *Plinio* o di *Paolo d'Egina*, riputata una Rachialgia da posteri, e che da alcuni luoghi d'Italia ove incominciò, si estese poi in molte altre regioni dell'Impero Romano a modo di pestifera lue. Probabilmente la sua apparizione è di gran lunga anteriore all'esposta, forse de'tempi di *Trajano*, poichè *Plinio* dicendo allora male nuovo la colica, poteva alludere alla malattia insolita che con forma di colica dominava.

L'etiologia di questa riputata colica non è ancora escita presso gli autori

dalle incertezze, ma sembra veramente che tanto essa, che la colica epidemica descritta da *Citois*, derivassero da condizioni di suolo e da elevata ed ineguale temperatura (Sprengel), e non dal piombo come altri pretesero. Manterrà il Cholera Asiatico l'attuale sua forma, o a guisa d'altri morbi epidemici e contagiosi, subirà una trasmutazione! Intanto vi è chi in esso trova la tendenza a convertirsi in malattia esantematica. La miliare, non sembra, che prima fosse rappresentata dal sudore Anglico? E questa peste, non è da *Teodoro Ians. di Almeloven*, commentatore di *Celio Aureliano*, sospettata in quell'incubo, che secondo *Silimaco* seguace d'*Ippocrate*, con certa contagione e siccome Lue, investì molti in Roma? Con che la Miliare sarebbe di assai antica data. Se il Cholera Asiatico, nel suo insieme figura qualmente affezione nuova, io penso che rispetto alla condizione morbosa, non differisca tanto dai morbi comuni. Per ciò che ho detto, accosterebbesi anzichè nò ai febbrili, e quindi più agevolmente potrebbe comprendersi nelle essenziali differenze delle nosologie. Opinando che il Cholera Asiatico riducasi ad una malattia stenica, e non di depressione, mi troverei colla massima generale dell'espertissimo Clinico di Pavia, il *Del Chiappa*, il quale in una sua Memoria, dimostra eccezionale in pratica la reale ipostenia, e quasi invariata la stenia, sebbene in molte diversità di gradi e di sembianze. *Giuseppe Frank* poi scorge la maggior parte dei morbi nervosi avvenire per colpa del sangue stesso, ed i medici di tutte le età fecero la pletora la condizione ordinaria di essi. Sarei io adunque andato troppo lungi dal vero mostrando più probabile che una condizione di stimolo accresciuto, uno stato di congestione sanguigna formi l'essenza dell'arcano morbo dell'Asia, di quello che una ipostenia reale? Non vorrei essermi in ciò ingannato, e nemmeno che la cura mediante i salassi (1) ed in pari tempo i più potenti rivulsivi, il ghiaccio e l'oppio internamente, fosse la più idonea.

---

(1) Il salasso è già stato istituito con profitto nel Cholera Asiatico, tanto a prevenirlo (Tourette), che a debellarlo. Dovrebbesi porre studio a momenti e modi di sua applicazione. Se l'arte può calcolar sopra qualche rimedio nel cholera, è sicuramente sopra quelli che agiscono prontamente su tutta l'economia. Col salasso sono quindi da considerarsi i farmaci d'azion sollecita e diffusibile.

Decorandosi del nome di illustri Medici le Sale dello Spedale Maggiore di Bologna. Discorso d'inaugurazione del Medico Primario prof. cav. Giovanni Brugnoli. (1)

L'onorare quegli uomini illustri che benemeritarono della scienza e dell'umanità e i di cui nomi formano una gloria vera per la città, pel paese, per la nazione, è un atto oltremodo civile e commendevole, è un atto per noi di doverosa riconoscenza. Quando poi l'onoranza che si tributa serve a richiamarne ad ogni istante la memoria e di quanto bene operarono, serve a mettere in mostra in ispecie per gli stranieri le nostre glorie, accrescendo così il decoro della patria e serve ancora all'emulazione, allora diviene un'atto ancora utile e profittevole ai contemporanei.

In questo pensiero concorre l'unanime consenso dei popoli; e già vediamo che ovunque e le più disparate cose, quando siavi in esse grandezza, munificenza, utilità decorarsi di un nome che richiami alla mente un uomo reso celebre e benemerito al quale i presenti intendono erigere un monumento di gloria duratura; e già non solamente innestansi i nomi di uomini illustri agli instituti di Scienze e di Arti, ad Accademie, a Società, a Stabilimenti industriali, a Musei, a Biblioteche, a Premi, ad alcune branche di Scienze; ma ben anche a Piazze, a Canali, a Strade, a Locomotive, a Bastimenti a nuove specie di animali e di piante, a Giornali, a Fabbricati e a cento altre cose anche le più ovvie e comuni.

Ora non è egli dicevole che essendovi in questo nostro Spedale buon numero di Sale destinate alla cura degli infermi fin qui non bene designate, o distinte l'una dall'altra solamente per caratteri equivoci, e ben sovente sentendosi il bisogno che sieno definitivamente denominate, non è egli conveniente che qui pure venga attuato il discorso proponimento?

Egli è certo che di maggiore importanza è la cosa o l'opera che viene dedicata ad un nome illustre, tanto maggiore torna l'onoranza che gli é tributata; e non eredo d'avere errato quando dissi che l'unanime consenso dei popoli si è di onorare un uomo quando del cui nome fregiasse un opera, una cosa qualsiasi che abbia in se grandezza, munificenza, utilità.

---

(1) L'inaugurazione ebbe luogo nella Sala del Gabinetto Anatomico dello Spedale alla presenza del N. U. sig. comm. Marchese *Gioacchino Pepoli* Presidente del Corpo Amministrativo; del sopraintendente sig. prof. *Francesco Magni*; del sig. Direttore Marchese Zappi; e di altri amministratori, non che di molti professori dell'Università, di distinti medici, di egregi cittadini, di studenti, e di tutto il personale Sanitario del Pio Stabilimento.

Ma gli Spedali; le infermerie, sono poi tali luoghi quali si richieggono all'uopo? Sorgono alcune voci a gridare che gli Spedali sono centri d'infezione pestifera, mezzi di diffusione e concentrazione di contagi e di miasmi; sono luoghi di tortura ove i miseri assistono e contemplano gli strazi e le pene che il male loro prepara e là sentonsi sovente ripetere la sentenza d'Ovidio — *te quoque facta prospectant paria;* che l'instituzione degli Spedali rompe i vincoli d'amore della famiglia, fa l'uomo imprevidente rendendolo un dissipatore d'ogni guadagno, un vizioso, perchè colto che sia dalla sciagura del male sa che lo spedale lo attende e provvede; infine si grida che gli Spedali non devono essere in una nazione portata al grado di perfetta civiltà, e che sono una turpitudine.

La guerra mossa alle Case dei Trovatelli, alle Sale di Maternità come istituzioni favorenti il libertinaggio, e agli Spedali e ai Ricoveri di Mendicità come favorenti l'oziosaggine e la dissipazione non è nuova; e quantunque in ogni tempo robusti e sottili ingegni sieno tornati alla carica, queste istituzioni hanno sempre più prosperate, sempre più si sono ampliate e diffuse, nè qui innanzi a Voi o illustri Signori vorrò farmi il loro diffensore, in ispecie innanzi a Voi che colle cure indefesse e intelligenti che consacrate alla loro conservazione al loro incremento, mostrate d'essere bene addentro penetrati dell'importanza e della necessità di esse.

E qui se vi fosse d'uopo io avrei ben ample prove e inecccezionabili argomenti a provare che dietro le bene adatte regole di igiene e profilassi che si sono usate, o si dissipano innanzi di formarsi quei centri d'infezione pestifera che alcuno sogna, e che non esistono quelle diffusioni, communicazioni di morbi o di contagi che si vanno predicando. Che le torture che magnifica l'immaginativa si riducono a ben minime proporzioni, sopratutto quando si fa servire non l'umanità alla scienza, ma la scienza all'umanità; così avrei ben d'onde provare che lo Spedale è ben lungi dal rompere o allentare i vincoli d'amore della famiglia, che anzi l'esperienza comparativa mi ha addimostrato che vieppiù li assoda, mentre il malato in seno della famiglia la quale manca di tutto quanto fa d'uopo alla cura alla sussistenza della vita si fa un'oggetto di aggravio d'imbarazzo che a lungo stanca gli affetti, e reciproca diviene la diminuzione dell'amore, mentre il ritorno in famiglia di chi si tenne perduto, di chi si provò la mancanza, è una festa, è una gioja che maggiormente accresce i reciproci affetti della parentela.

In fine potrei pure addimostrare come l'uomo non sempre si lasci guidare dalla sola ragione, e quanta possa abbiano su di lui le passioni dell'animo nel dirigerne le azioni; che se le più severe pene, i più gravi castighi, i moti della sua coscienza nol trattengono di correre ove lo guida la passione, come si può ammettere che ei faccia sacrifici, abnegazioni, opposizione ad istintive

tendenze, solo per prevenire i danni di una possibile ma non certa eventualità di una malattia? E sull'uomo caduto infermo, assalito dai più crudeli strazi, impotente a tutto, e che si rende oggetto della più viva compassione vorrete voi o nemici degli Spedali inveire, solo perchè non fu previdente? Costoro presero a tipo dei loro studi l'uomo ideale, l'uomo della perfezione e non l'uomo qual è; da una tale falsa premessa giunsero ad una falsa, falsissima conclusione.

Io vorrei che costoro esercitassero anche per breve tempo l'uffizio di medico del povero e venissero là in quei tuguri ove all'ingombro di persone, all'aria non rinnovata e viziata, alle aperture mal diffese, allo schiamazzo, alla immondezza, alla mancanza di letto, di biancherie si aggiunge la defficienza di tutto quanto è di prima necessità per condurre la vita sana e giudicassero se là fia possibile la cura di morbo la quale abbisogna di cento e cento minime cose, ed ove soltanto dal complesso di molti mezzi igienici e terapeutici, soltanto col circondare l'egro delle più intelligenti premure, delle migliori condizioni è dato lo sperare salute.

Io mi appello a tutti questi illustri Colleghi che mi circondano e che come me visitarono per molto tempo nelle loro case i poveri chiedenti l'ammissione allo Spedale, e li invito dire se ho errato nel dichiarare che ben grande è il numero di quegli abituri, di quelle famiglie presso cui non è possibile instituire convenientemente e con speranza di buon successo la cura di un morbo di qualche entità, e si rende assolutamente necessario l'intervento dello Spedale. In fine non è a dire, perchè abbastanza palese, quanto sia il bene che arrecano gli Spedali non solamente all'uomo infermo, alle famiglie povere, ma eziandio alla pubblica istruzione ed alla Scienza Medico Chirurgica.

Gli Spedali adunque sono un opera sommamente utile, un opera grande, assai benefica all'umanità, e quindi ben a ragione vi scorgo le caratteristiche richieste perchè ed Essi e le loro sale servino qual monumento di gloria a uomini celebri, e dò, e voi tutti pure darete, lode a chi pensò di innestare i nomi di coloro che formano una gloria patria e nazionale, che avvantaggiarono le Scienze Mediche, alle molte infermerie che si contengono in questo Pio stabilimento.

E qui senza più oltre intrattenervi, vengo tantosto a compiere l'incarico di cui venni onorato, cioè di proclamare alla presenza vostra i nomi illustri con cui d'ora innanzi si chiameranno le molte sale di questo Nosocomio.

La prima e più ampia che si presenta al visitatore che entra nel nostro Spedale sarà la *sala Malpighi*; ed è ben con ragione che il primo onore sia tributato a *Marcello Malpighi*, questo miracolo de' suoi tempi che si ebbe e ha tuttora il culto degli stranieri ancora, e che è stato il precursore di quegli studi anatomici di cui si fa tanto vanto l'età presente.

A *Luigi Galvani* s'intitola l'altra, perchè oltre richiamare la memoria di quel sommo concittadino che il mondo intero, per le cui mirabili scoperte che tanti portenti produssero, onora del suo nome una branca di fisica, ci rammenta un medico pratico espertissimo, un nostro egregio professore di Ostetricia.

E così le altre infermerie mediche le vedrete dedicate a *Giorgio Baglivi*, all'Ippocrate romano, a colui che insegnando di studiar la natura, richiamò la medicina ai fatti positivi togliendola dalle ridicole ipotesi fra cui erasi involta.

Al gentile scrittore e sommo naturalista che fu pure celeberrimo medico *Francesco Redi*, ne dedichiamo un altra.

Altra viene nominata da *Gian Maria Lancisi* il celebre medico e Botanico romano le di cui opere gli diedero imperitura fama.

A *Gian Battista Morgagni* che fece coll'opere a chiunque manifesto il primato agli italiani dovuto nei progressi dell'Anatomia Patologica, che alla nostra scuola s'inspirò agli insegnamenti del *Valsalva* è ben dovuto qui un conveniente posto.

Altra sala rammenta quel sommo medico che fu *Gio. Batt. Borsieri* le cui istituzioni mediche racchiudono tanti utili precetti, tanta ricchezza d'osservazione da non invecchiare col tempo.

Altra s'intitola del nome del *Mascagni* del grande se non scopritore illustratore del sistema linfatico.

Giuseppe Antonio Testa Ferrarese che sì splendidamente illustrò la scuola nostra di Clinica medica e le cui opere appaleseranno sempre l'alta potenza dell'ingegno e la vastità del sapere, avrà qui pure un ricordo.

Così l'avrà *Giacomo Tommasini* la cui voce, le cui opere diedero tanta rinomanza alla nostra Università.

Troverete pure la *Sala Mondini*, e questa rammenterà l'illustre famiglia che fù di tanto decoro alla Scienza Anatomica, vi rammenterà e *Carlo* e *Francesco* che furono innoltre reputatissimi medici di questo Spedale; vi rammenterà ancora il restauratore dell'Anatomia, il *Mondino de Luzzi* il quale egregio scrittore fu provato appartenere a questa stessa famiglia.

A *Michele Medici*, l'esimio fisiologo Bolognese, il forbito scrittore di storia patria anatomica, il medico primario per tanti e tanti anni, il benefattore e l'amministratore di questo Spedale, e ad *Antonio Alessandrini*, il nostro sommo anatomico la cui fama non è solo italiana, saranno rammentati in questa designazione.

Passando alle Sale Chirurgiche.

A quel grande Chirurgo operatore e pratico sperimentato, a quello scrittore esimio e piano di cose chirurgiche che fu *Gio. Batt. Monteggia*, viene dedicata la prima infermeria degli uomini.

Del nome di illustri anatomici che fecero splendere la scuola bolognese nel secolo XVI. che ebbero pure fama di valenti chirurghi sono decorate alcune di queste sale; vi ha

Andrea Vesalio, il quale sebbene nato a Bruselles, fu per moltissimo tempo in Italia tenendo in uno stesso anno una cattedra a Bologna, a Padova, a Pisa, da doverlo considerare italiano.

Giulio Cesare Aranzio celebre per le scoperte anatomiche da lui fatte nella laringe, nel cuore.

Costanzo Varolio rinomatissimo per le scoperte e per gli studi lasciati sui nervi ottici, sul cervello da esserne alcune parti del nostro corpo decorate del nome di Lui.

E *Gaspare Tagliacozzi* celebratissimo nella invenzione degli innesti animali e della rinoplastica.

Viene poscia *Antonio Maria Valsalva*, l'anatomico illustratore dell'organo dell'udito nel secolo 17. 18, il grande chirurgo dello Spedale degli incurabili di S. Orsola, il maestro venerato e tanto encomiato del *Morgagni*.

Allo scopritore della circolazione del sangue ad *Andrea Cesalpino* è pure riservato un posto.

Una sala pur anco rammenta il ch. anatomico *Pier Paolo Molinelli* del secolo XVIII, qual sommo chirurgo che favorito dalla gran mente di *Benedetto* XIV. qui, come ci dice quella marmorea iscrizione collocata sull'ingresso di questa sala, primo in tutta Europa aprì una scuola di operazioni chirurgiche sul cadavere, onde ben a ragione ci lasciò il vanto d'essere stata fra noi la prima scuola di Medicina operatoria.

A tutti son ben noti i meriti in anatomia, in chirurgia, in oculistica di *Antonio Scarpa* per lodare il collocamento del suo nome.

Altrettanto dirò del valente anatomico e chirurgo *Lorenzo Nannoni*, di *Andrea Vaccà Berlinghieri* sommo operatore e maestro celeberrimo, del gran chirurgo Forlivese *Giorgio Regnoli*, tutti e tre bellissime glorie della chirurgia toscana.

Rimane o Signori una sala innominata; altre sale si stanno progettando. Deh lasciamole innominate! sonovi tuttora viventi uomini celebri e benemeriti, uomini che hanno illustrato coll'opere dell'ingegno la nostra città, l'italica medicina, uomini che hanno speso una lunga ed onorata carriera nel medico e chirurgico insegnamento, che hanno tenuto rinomata l'arte salutare fra noi e che bene si meritano l'onoranza che ora tributiamo ai trapassati. In questo concetto io fo ardentissimi voti con tutta l'effusione del cuore perchè per lunghi anni ancora quelle sale rimanghino innominate.

E qui o Signori con queste brevissime e rozze parole dò compimento all'incarico che mi fu affidato, tutto speranzoso nella vostra massima indul-

genza per me, di cui ne sento questa volta il più grande bisogno. Permettetemi però innanzi di assidermi, che facendomi interprete dei sentimenti di tutto il Corpo medico-chirurgico di questo Spedale, io vi renda a nome di tutti noi le ben dovute grazie pel dono che oggi ci avete fatto della vostra presenza, la quale ha reso assai più splendido, anzi solenne quest'atto di onoranza che abbiamo tributato a celebratissimi uomini benemeriti della Scienza Medica.

E Voi, o Signori, che tenete la somma delle cose di questi Spedali, abbiatevi colla dichiarazione del nostro riconoscente ossequio la preghiera di continuare le vostre ben intelligenti cure, la vostra protezione, il possente vostro volere per sempre più accrescer ed ampliare i nostri Spedali, per vieppiù migliorarli ad ottenere lo scopo che se ne prefissero gl'illustri istitutori. Noi non mancheremo nell'esercizio dell'ufficio nostro di secondare le savie vostre intenzioni. L'opera vostra, allo sviluppo dell'istituzione, sarà l'argomento più valevole per provare che gli Spedali sono un indispensabile benefizio all'umanità, sono utili alla istruzione, servono possentemente al decoro, all'incremento della Scienza medico-chirurgica; sono in una parola una delle più belle, delle più splendide istituzioni di un popolo civilizzato.

Ricordi di F. Redi.

Ricordo Primo

A dì 14 Novembre 1685.

È cosa notissima che dal legname degli alberi tagliato, e secco, stando in luogo umido suol nascere de'funghi.

Nello stanzone nel qnale si tengono, e si segano i legnami accanto al Palazzo del Granduca tra l'altre travi ve n'era stata una più di tre anni assai ben grossa ed era lunga venti braccia ed era trave di abeto. Questa era posta sopra tre legni o tippi alta da terra quasi una buona spanna acciocchè non toccasse il terreno: perchè lo stanzone non è nè mattonato nè lastricato. Questa trave nella banda rotta verso il terreno avea una lunga spaccatura o screpolo lungo quasi due braccia. Il dì 14 Novembre 1685 suddetto si osservò che avea gettato da quella spaccatura o screpolo per tutta la sua lunghezza molti funghi, alcuni maggiori ed alcuni minori. Questi funghi erano bianchissimi quanto qual si sia più bianca bianchezza. La loro figura era per appunto come se fossero tanti cavoli fiori, ramosi come i cavoli fiori, ed insomma per appunto per appuntissimo ogn'un di essi funghi era come una palla di cavol fiore. Alcuni un poco più serrati insieme, ed altri un poco più aperti come sarebbe un cavol fiore più maturo, e uno meno maturo cioè co'reculi meno sparsi e allargati. Uno di questi funghi, che era il maggiore, pesava quattordici once, ed uno pesava quattr'once; il minore di tutti pesava un oncia.

Nella stessa trave in un altro screpolo lo stesso giorno si trovarono dieci altri funghi differenti da' suddetti, cioè questi erano funghi col cappello e col gambo. Il gambo lungo, e grosso, ed il cappello piccolissimo. Insomma erano di quei funghi che si chiamano Alberini. — V. C. 420.

Ricordo secondo.

Alli 16 Gennaio 1684 Ab Incarnazione, in Firenze.

Il verno di quest' anno è stato freddissimo, e copiosissimo di ghiaccio e di neve; e tre volte dentro a Firenze è nevicato, e la neve vi si è molto alzata; e di più son regnate tramontane fierissime, e tutt' ieri, e tutt' oggi la tramontana è stata molto terribile. Nulladimeno questa mattina de' 16 Gennaio suddetto il giardiniere di Boboli sopra un leccio del medesimo giardino ha trovato vivo un grossissimo Bruco: il Bruco era di color *doré*, eccetto che la testa e il groppone che è nericcio. Era lungo più di quattro delle mie dita traverse, e grosso quanto il mio dito minore della mano e più ancora. Il Gran Duca me lo fece mandare a casa. L' ho messo in una scattola con delle foglie di leccio. Quei che ne avverrà lo scriverò qui appresso.

A di 18 detto.

Il Bruco era vivo, e mangiava delle foglie di leccio.

A dì 26 si era fermato in mezzo cerchio, e si era tirato intorno pochi filuzzi: ed era vivo.

A dì 24 era vivo, e camminava per la scatola dove li pareva e piaceva.

A di 1 di Febbraio era vivo. Il dì nove Febbraio era vivo, e mai da che l' ho messo nella scatola non ha mangiato.

A dì 20 Febbraio era vivo.

A dì 1 Marzo era vivo. Siccome era vivo a di 30 di Marzo.

A dì 10 Aprile era vivo.

A dì 15 Aprile lo trovai morto. — V. C. 420.

ANNUNZIO IMPORTANTE

Il farmacista *Ladislao Pradelli di Castel d' Argile*, dopo dieci anni di assidue prove, giunse a propagare, allevare e conservare in domesticità le sanguisughe officinali: della quale industria sua ottenne premio all' esposizione fiorentina del 1861; e quindi conseguì un Brevetto del Ministero dell' Industria e del Commercio, nel 1862, per voto unanime d' un' apposita Commissione scientifica, presieduta dal nostro illustre concittadino prof. cav. *G. B. Ercolani*. Ora il *Pradelli* mette mano alla stampa del *Manuale* che dà la storia de' suoi sperimenti e della buona riuscita a cui esso è pervenuto; corredando il Volume di Documenti e di Tavole. Il prezzo del medesimo sarà di L. 5 italiane; modico prezzo se si consideri che seguendo le norme dal *Pradelli* insegnate, si avranno le miguatte ad un minimo costo, senza più cercarle di fuori e procacciandole di qualità eccellenti.

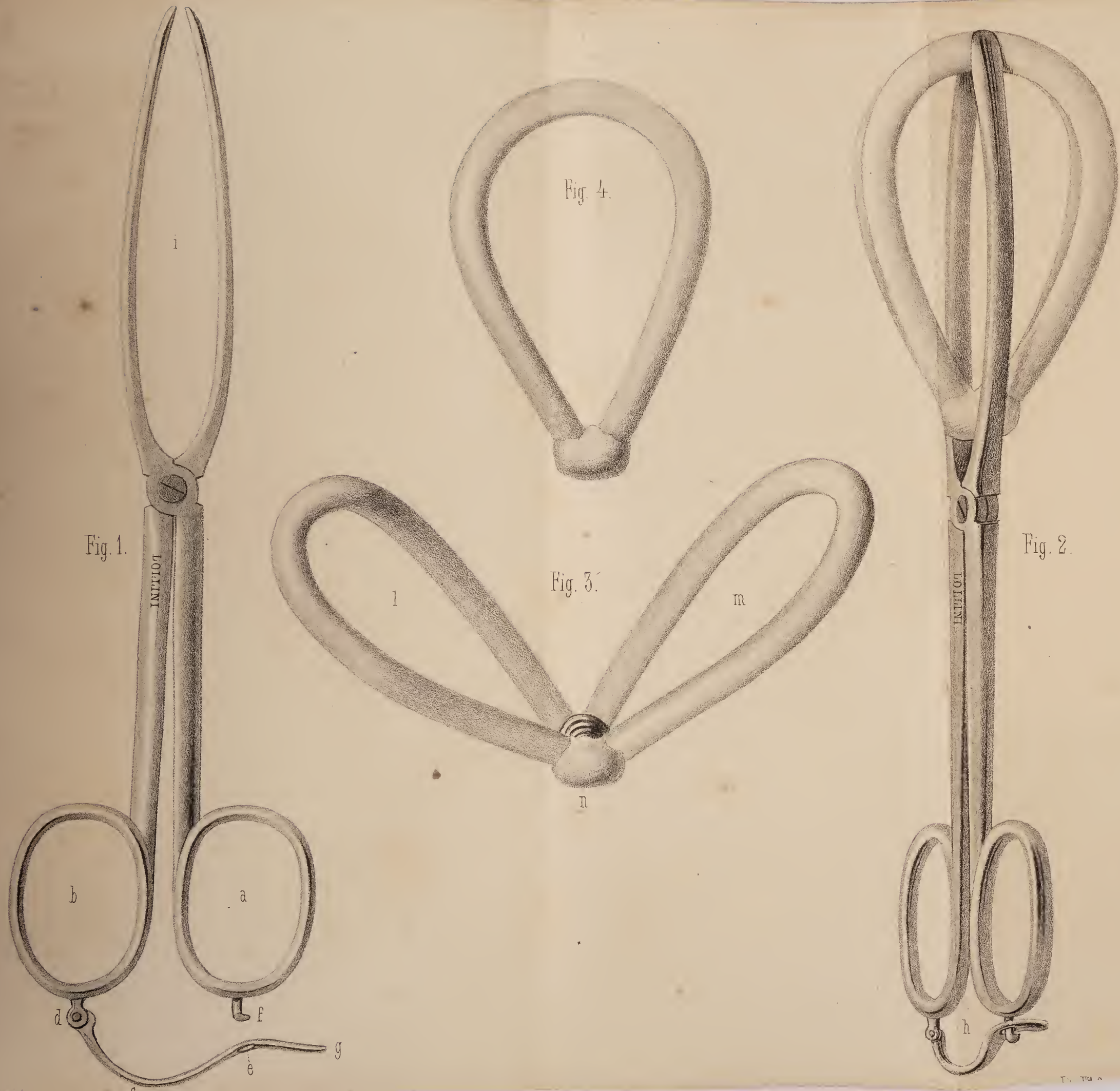
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
i
l
m
n
a
b
c
d
e
f
g
h

MEMORIE ORIGINALI

Rendiconto Sanitario della Maternità e Baliatico esposti di Bologna per il biennio 1863-64, Redatto dal dott. *Giovanni Pilla* in allora Medico-Assistente; preceduto da Considerazioni sulla istruzione delle Levatrici del Medico Direttore *Cesare Belluzzi.*

Non è che dal Maggio 1861 che è sorto in Bologna un Ospizio di Maternità per cura del Corpo Amministrativo degli Spedali e per elargizione del Consiglio Provinciale, e da tale epoca detto Stabilimento ha apportato non pochi vantaggi. Ha provvisto infatti alle povere donne che rimasero incinte illegittimamente, offrendole un asilo ove nascondere la loro penosa situazione e deporre l' innocente prole. Ha fornito di nutrici l' annesso baliatico degli esposti, cosa che città insigni come Napoli desiderano ancora: infatti la Commissione dell'Associazione medica che ebbe incarico di visitare l' Ospizio dei Trovatelli di Napoli dice nella sua Relazione dopo aver fatti molti elogi di questo stabilimento (1)

---

(1) Vedi gli Atti del Congresso dell'Associazione stessa tenutosi in Napoli nel Settembre 1863, pag. 164.

« Da ultimo la Commissione si deve rivolgere al Governo centrale ed al Municipio di Napoli per un altro caldissimo voto, ed è che si provegga a stabilire presso all'Annunziata un Ospizio di Maternità, il quale riuscirebbe utilissimo non solo per quello che vale in se stesso, ma ancora per l'opportunità di dare le balie che spesso mancano pei Trovatelli ecc. »

Finalmente la Maternità nostra ha cominciato a dare i suoi frutti per l'istruzione pratica delle Levatrici. Ed invero prima di tale epoca le studenti Ostetricia ricevevano solamente una istruzione teorica dall'istruttore stipendiato dall'Università, ed ora attivato l'Ospizio nominato, l'amministrazione degli Spedali, e più tardi il Prefetto della nostra Provincia, il non mai compianto abbastanza comm. *Magenta*, affine di contribuire a tale nobile scopo, diramarono Circolari ai Sindaci della Provincia perchè ne traessero profitto i loro Comuni. Anzi siccome nella Circolare della Prefettura sono indicate le condizioni di ammissione delle alunne alla Maternità non sarà inutile il riportarla.

CIRCOLARE

Illustrissimi Signori

I riguardi e le cure atti a proteggere la Maternità, costituiscono un'opera altrettanto umana quanto civile.

A tale benefico intendimento provvedeva infatti il Decreto del Governo dell'Emilia 10 Marzo 1860, ordinando in Bologna la istituzione di un Ospizio di Maternità nel quale venisse pure amministrata l'opportuna istruzione a quelle giovani che intendessero indirizzarsi all'esercizio di Levatrici.

Attuato in oggi il provvedimento anzidetto mediante l'apertura dell'Ospizio, di cui è cenno, e dell'annessa Scuola per le Alunne Levatrici, il sottoscritto si affretta a darne parte ai Signori Sindaci della Provincia, interessandoli vivamente ad approfittare della salutare istituzione coll'inviare come pensio-

narie od uditrici all' Ospizio medesimo quelle comuniste, le quali atte siano a fruire dell' istruzione a cui si allude.

E sebbene poi sia noto allo scrivente che il Corpo Centrale Amministrativo degli Spedali abbia già intrattenuti in proposito i Municipi, dichiarando loro le condizioni alle quali potevano essere accettate come dozzinanti le Allieve in Ostetricia, nullameno mi giova qui rammentare i più importanti requisiti, dei quali debbono essere fornite le Aspiranti Allieve per essere ammesse alla Scuola e Convitto dell' Ospizio di Maternità.

1.° Le aspiranti dovranno esibire al Sopraintendente dell' Ospizio gli attestati di buona condotta, di buona salute, non che quello di saper leggere e scrivere sufficientemente.

2.° L' età prescritta per le ammittende non potrà essere minore di anni 20, nè maggiore di 32.

3.° Le condizioni risguardanti la dozzina e il mantenimento saranno identiche a quelle già notificate ai Comuni dal corpo Amministrativo surricordato.

4.° Se alcuna fra le Alunne pensionanti abbia dato saggio di non comune profitto e desideri rimanere nello Stabilimento oltre al termine prescritto per maggiore istruzione, potrà farne domanda al Sopraintendente, e nel caso che l' istanza venga accolta, pagherà solo la metà della dozzina e potrà venir destinata a coadiuvare la direttrice.

Lo scrivente nulla ritiene dover aggiugnere alle cose anzidette per capacitare i Municipi sulla utilità di una Scuola atta ad istruire le giovani Allieve in uno dei più importanti ministeri per il benessere e la prosperità delle popolazioni perfettamente ordinate e civili.

Bologna il 16 Giugno 1862.

Il Prefetto

Fir. — MAGENTA

La saggezza di tali disposizioni non ha d'uopo di essere dimostrata; dirò bene che oltre alle giovani Levatrici della Città e Provincia nostra, hanno chiesto ed ottenuto di entrare a pensione per far pratica nella Maternità, alunne Levatrici di Romagna, come di Imola, Faenza, Cesena, Bertinoro e perfino di Macerata; però fino ad ora non essendo fissata la durata della pratica stessa, il tempo di loro dimora è stato vario. Quanto poi alle condizioni richieste dalla citata circolare per l'ammissione alla Maternità, esse sono quali vengono dimandate da simili Ospizi; ed è a ritenersi che la R. Università nel formare un Regolamento per l'ammissione delle studenti Ostetricia (del quale finora manca), vorrà metterlo in relazione coi requisiti suddetti.

Per portare adunque il conveniente miglioramento all'istruzione delle Levatrici fra di noi, io mi permetto di fare le seguenti proposte.

1.° Che le donne che intendono studiare Ostetricia ne facciano dimanda alla Reggenza dell'Università, offrendo i seguenti requisiti.

a Fede di nascita dalla quale risulti non avere l'Alunna meno di 20 anni nè più di 32.

b Attestato di un maestro approvato di saper leggere e scrivere.

c Attestato di buona condotta.

d Attestato di sofferta vaccinazione, o di superato vajuolo, non che di sana e robusta costituzione di corpo.

e Dichiarazione adesiva del marito, del padre o del tutore dell'Allieva per intraprendere detto Studio.

2.° Che il corso teorico durasse 5 mesi e cominciasse all'apertura delle Scuole universitarie, in modo che in un anno non vi fossero che 2 corsi.

3.° Che dopo tale studio vi fosse un primo esame, che non conferisse però il libero esercizio.

4.° Che fosse prescritto l'obbligo ad ogni Alunna di fre-

quentare la Maternità per 4 mesi, dopo dei quali, in seguito ad esperimento pratico, fosse poi data la patente di libero esercizio.

Tali condizioni sono simili a quelle adottate con buon successo dalla illustre Maternità di Milano, e col voluto accordo fra la Reggenza dell'Università, la R. Prefettura, e il corpo Amm. degli Spedali potrebbero facilmente essere adottate anche fra noi.

Finora nella nascente Maternità di Bologna quasi in un quadriennio fecero pratica più di venti Levatrici, che pofittarono della istruzione impartitagli; a tutte io diedi un corso pratico di Ostetricia prendendo ad esame: prima la gravidanza, il parto ed il puerperio normale, e quindi le loro irregolarità, profittando dei casi che si offrivano nelle gravide accolte o in quelle che si presentarono alle visite dell'Ospizio, e dei parti avvenuti in essa. Ed in ultimo a tutte io feci vedere esperimenti sul cadavere per esercitarle a conoscere le varie presentazioni e posizioni del feto: e per insegnarle ad assistere le varie operazioni ostetriche, dippiù proffittando dell'annesso baliatico esposi sul loro vedere le principali malattie dei neonati, perchè incontrandosi in esse nel loro esercizio fossero in grado di prestare i primi soccorsi, e quindi fossero attente a far chiamare il medico; giacchè se la sollecitudine è gran parte della cura in ogni malato, lo è specialmente nei bambini pei quali i prodromi sono fuggevoli, il decorso del male rapido e gli esiti meno felici.

Ciò facendo però dovetti sobbarcarmi a fatiche e dispendio di tempo non indifferente, perchè contemporaneamente facevano pratica Alunne provette e Alunne nuove; inconveniente che verrà tolto coi provvedimenti indicati, e che si studiò di allontanare anche il *Lazzati* nella Maternità di Milano. (1)

---

(1) V. Prospetto Clinico della R. Scuola di Ostetricia di Milano per l'anno 1863. ecc. p. 8.

Se le fatte proposte adunque verranno messe ad effetto dalla R. Prefettura, dal corpo Amministrativo degli Spedali, e dalla Reggenza della Università, per ciò che spetta ad ognuno, ne verrà un vantaggio molto sensibile alle Levatrici e quindi anche alle popolazioni presso le quali sarebbero destinate di esercitare il loro ministero.

Rendiconto Sanitario della Maternità e Baliatico Esposti di Bologna, pel biennio 1863-64 (1).

Gentilmente offertomi dal Medico Direttore della Maternità e Baliatico Esposti di Bologna, l'ottimo mio amico Sig. Dott. *Cesare Belluzzi* che mi fu dotta guida nella difficile arte della Ostetricia, di redigere il Rendiconto sanitario di detto Stabilimento pel biennio 1863-64 (ultimo di mia Astanteria), ho accettato con gratitudine tale incarico, sebbene riconosca essere un pondo non proporzionato alle tenui mie forze. L'importanza della materia che ho a trattare mi affida però che sarà accolto con benevolenza questo qualsiasi mio lavoro, mentre poi ho divisato di supplire alla mia pochezza col conformarmi a quelle regole che in oggi sono seguite dai migliori ostetrici quando hanno a pubblicare un qualche scritto di simil genere. Quindi io dividerò il presente Rendiconto in 3 Capitoli e cioè *gravidanza, parto e puerperio*: accennerò appena alle malattie lievi concernenti ciascuno di detti capitoli, cercando anche di raccoglierle in diversi gruppi; mi fermerò più a lungo su quelle che possono meritarlo, ed avrò cura di attenermi, per quanto mi sarà possibile, a ciò che fece il *Belluzzi* nel suo *Primo Rendiconto Sanitario della Maternità e Baliatico Esposti di Bologna.*

---

(1) Letto nella Seduta Scientifica della Società Medico-Chirurgica di Bologna il 7 Settembre 1865.

CAPITOLO PRIMO

Gravidanza.

L' ultimo giorno dell' anno 1862 rimanevano entro lo Stabilimento N. 6 incinte, e nel biennio 1863-64 vi furono accolte N. 141 donne, delle quali due, i Numeri progressivi 56 e 99, furono spedite dalla campagna, giudicate gravide senza che lo fossero. Delle residue 139 tutte incinte illegittimamente, perchè le gravide legittime non sono accolte nel nostro Stabilimento, 113 erano primipare e 26 pluripare.

In regola generale le incinte non si ricevono nella Maternità prima che abbiano compiuto il 7. mese di loro gestazione, per cui non lungo tempo vi dimorano prima di partorire: pur tuttavolta durante la Gravidanza avemmo ad osservare nel biennio 1863-64, le seguenti malattie:

Pletora generale.	N.	4
Cefalee e disturbi gastrici	„	5
Cefalee periodiche	„	2
Ingorgo tonsillare	„	1
Bronchite lieve	„	1
Catarri Bronchiali	„	2
Tubercolosi pulmonari. :	„	2
Vomito grave	„	1
Itterizia	„	1
Emorroidi	„	2
Varici alla vagina	„	1
Varici agli arti inferiori	„	1
Edema agli arti inferiori	„	1
Reumatalgia	„	1
Lombaggine	„	1
Mono-artrite al carpo sinistro	„	1
Mono-artrite cubitale destra	„	1

Segue avanti N. 28

Riporto	N. 28
Scabbia	„ 4
Convulsioni isteriche	„ 1
Leucorrea	„ 1
Sifilide	„ 13
Totale	N. 47

Conseguentemente a quanto ho stabilito, per essere breve non solo ommetterò di parlare dei fatti i più ovii; ma facendo la storia di alcuna delle malattie che ho poste sotto questo capitolo la completerò con fatti che riguardano i due capitoli seguenti, nei quali per converso tratterò alcune volte di cose che, stando alla divisione ch'io ho fatta del presente Rendiconto, troverrebbero loro collocazione in altro sito. A questo mi ha anche indotto e il desiderio di evitare inutili e noiose ripetizioni, e la massima che le divisioni che si prefiggono in un lavoro non devono servire a disunire di troppo cose intimamente congiunte.

Itterizia. — Il 3 Gennaio 1863 fu mandata dall'Ospedale di Sant'Orsola alla Maternità, una servente di 23 anni, di temperamento sanguigno, primipara, incinta nel 7 mese e che era malata di scolo delle glandole vulvo-vaginali. Le si prescrisse una soluzione di deuto-cloruro d'idrargirio da usarsi topicamente. Dopo 10 giorni di degenza nel nostro Ospizio, la donna fu presa da scabbia senza che se ne possa conoscere la causa, poichè ve ne era ben un'altra delle scabbiose nello stabilimento, ma questa era perfettamente isolata e non aveva colle altre incinte contatto veruno. Ad ogni modo colla pomata dell'Helmerih, colle saponate e col bagno, la scabbia fu guarita in 10 giorni, dopo dei quali non rimaneva altro che l'affezione sifilitica curata colla soluzione di deuto-cloruro. Il 3 Febbraio nella nostra inferma incominciò una cefalea periodica intensissima. Non avendo ceduto agli anti-periodici e te-

mendo potesse essere mantenuta dal principio celtico, si istituì una cura generale antisifilittica col Proto-joduro d'idrargirio, che ben presto però fu sospeso per vomiti sopraggiunti. Si ebbe allora ricorso all'ossido di Bismuto, al quale poi, resasi manifesta nella donna un'itterizia, fu unito la magnesia. Il 17 Marzo i disturbi gastro-epatici essendo vinti, si visitò l'inferma e si rinvennero porifichi e vegetazioni sifilitiche all'interno delle grandi labbra e vagina, non che un ulcera alla parte superiore e sinistra del collo uterino. La si sottopose alle unzioni mercuriali ed ai bagni a vapore e si continuò sino ai 28 Marzo, nel qual giorno si tralasciarono essendo avvenuto il parto di un feto maschio del peso di Grammi 3,075. Espulsa la placenta si vide che essa era tinta in giallo, come lo erano pure le membrane ed il liquore amniotico. Anche il figlio aveva ereditata dalla madre l'affezione itterica, sebbene questa da 11 giorni ne fosse perfettamente guarita. Nel fanciullo non si riscontrava veruna traccia di sifilide. Si curò il neonato con qualche lassativo, ma indarno, che dopo 14 giorni dalla nascita, morì e l'autopsia mostrò suppurazione interna delle vene: Porta ed Ombellicale. La puerpera, nella quale aveva avuto luogo un'abbondante secrezione lattea, venne allora slattata e sottoposta quindi all'uso del joduro di potassa. Intanto le vegetazioni che si osservarono e alle grandi labbra ed alla vagina erano diminuite: rimaneva a sapersi ciò che era accaduto dell'ulcera occupante la parte superiore e sinistra del collo uterino. Si attese che il puerperio fosse terminato, e passati 44 giorni dal parto si introdusse lo speculum e si constatò essere quell'ulcera quasi affatto guarita. Lo speculum fu introdotto colle maggiori possibili cautele, ma ad onta di ciò la donna, che prima stava bene, il giorno dopo accusò un risentimento alla regione uterina, risentimento che sempre aumentando, terminò in una vera metrite. Nelle donne gravide noi usiamo dello speculum, con cautela sì, ma con qualche frequenza, nè è accaduto mai alcuno inconveniente: sarebbe

forse più temibile l' uso dello speculum nella donna che da poco tempo abbia terminato il puerperio, di quello che nella incinta, scorso almeno il 7. mese di gravidanza?

Edema agli arti inferiori. — La donna che forma il soggetto di questa osservazione ha 22 anni, è primipara, di professione servente, di temperamento sanguigno: non ha mai sofferte malattie di entità, ed anche all' atto del suo ingresso nel nostro Ospizio godeva di buona salute, se eccettuar si voglia una lieve blennorragia vaginale che in poco tempo si guarì mediante iniezioni col deuto-cloruro d' idrargirio. Giunta la donna verso l' ultimo mese di gravidanza, cominciò ad essere molestata da un' edema agli arti inferiori, edema che poscia raggiunse proporzioni veramente straordinarie. Se ne volle ricercare la causa, e niuna alterazione riscontrando nel centro circolatorio, non essendovi varici, non presentando le urine (cimentate coll' acido nitrico) veruna traccia di albumina, fu d' uopo ripeterla dalla compressione che l' utero esercitava sui vasi maggiori. Allora si consigliò all' inferma, come rimedio principale, a rimanere più che le fosse possibile in letto. Intanto sopraggiunse il travaglio del parto, e tutto dapprincipio progredì regolarmente, ma giunta che fu la testa del feto nella escavazione, le contrazioni uterine si fecero assai deboli e rade, per cui temendo che la compressione esercitata dal capo fetale su parti antecedentemente mal disposte, potesse apportare tristi conseguenze per la donna, le si fecero prendere alcune prese di segale cornuta, dopo le quali l' espulsione del feto avvenne con sollecitudine. Nei due primi giorni consecutivi al parto, la puerpera ebbe un' accesso di febbre preceduta da freddo, che si tentò di vincere col solfato di chinina, ma tale accesso essendosi ripetuto per altri due giorni di seguito, senza che vi fosse verun segno di metrite, senza che la si potesse far dipendere dalla secrezione lattea, senza che le condizioni igieniche dello stabilimento potessero dar spiegazione di queste febbri accessionali, si dubitò che esse traessero origine da

una qualche lesione avvenuta nelle parti generative esterne, come lacerazione del perineo ecc. Si visitò quindi la donna e si vide una cangrena occupante l' interno delle grandi labbra ed un poco anche la vagina. Allora le si prescrisse per uso interno un decotto di China ed Arancio, e si curò la località con filaccia imbevute in una lieve soluzione di china. Tale cura sortì l'esito il più felice, poichè dopo 10 giorni (14ª giornata di puerperio) le parti erano perfettamente deterse. Contemporaneamente l' edema diminuiva, e seguitando sempre una tale diminuzione, in 30ª giornata di puerperio era del tutto scomparso, per cui la donna uscì guarita dallo Stabilimento, 53 giorni dopo aver partorito.

Mono-artrite cubitale destra — La giovinetta che andò soggetta a tal male, ha 16 anni ed è clorotica. Il dì dopo il suo ingresso nello Stabilimento fu assoggettata all' acqua Catulliana nell' uso della quale si perdurò sino al 13º giorno di sua degenza, in cui fu, senza causa cognita, soprappresa da una infiammazione dell' articolazione omero-cubitale destra. Si istituì allora una cura antiflogistica, in cui si perdurò 10 giorni dopo dei quali sulla parte malata si manifestò una Erisipola, che in poco di tempo venne guarita. Cessarono anche nella località i fenomeni infiammatori acuti, rimanendo però una semi-anchilosi che si tentò di vincere applicando un vescicante sulla parte e dando alla donna l' olio di fegato di merluzzo. Dopo pochi dì avvenne il parto, che fu felicissimo. Nei primi giorni di Puerperio la donna risentiva un fortissimo dolore agli inguini che si curò con una scarsa applicazione di mignatte: sorsero quindi dei disturbi gastrici che si guarirono coll' ossido di Bismuto. Nel frattempo non si trascurò l' articolazione malata per la quale furono ordinati dei bagni d' olio, continuando nell' uso interno dell' olio di fegato di merluzzo. Questi mezzi sortirono un qualche buon effetto, chè la donna quando partì dallo Stabilimento (43 giorni dopo il parto) aveva di molto guadagnato nei movimenti dell' articolazione inferma.

Sifilide. — Delle 13 sifilitiche che si sono avute nella Maternità durante il biennio 1863-64, la maggior parte erano affette da blennorragia. La cura che si è adoprata consiste in iniezioni di Deuto-cloruro d'idrargirio sciolto nell'acqua: quando però la blennorragia attaccava il collo uterino, si usò una lieve e superficiale cauterizzazione di esso collo mediante il nitrato d'argento fuso, con che non solo in seguito le blennorragie guarivano, ma si preservavano ancora i feti dal contrarre quel terribile morbo che è l'oftalmite blennorragica. Se alla blennorragia era associata una qualche ulcera, alle iniezioni si univa un'adatta cura locale: se poi eranvi fenomeni di sifilide secondaria o terziaria, si ricorreva, oltre alla cura locale, anche ad una cura generale consistente specialmente nel protojoduro d'idrargirio ed alcune volte anche nelle frizioni mercuriali e nei bagni a vapore. Tale cura produsse sempre ottimi effetti, e tal fiata si giunse anche a guarire l'incinta prima che si sgravasse del suo portato. La secrezione lattea in queste donne si operò regolarmente ed anche in quantità abbondante, eccettuati tre casi, in uno dei quali (vi era una vera lue sifilitica) il latte non apparve, ed in altri due fu scarso assai.

Il *vomito grave* che aveva ridotta la donna a mal partito, e che non cedeva a nessuna sorta di medicamento, si guarì facendo prendere ad essa donna cibi assai ben digeribili, in poca quantità e con frequenza, e facendola rimanere in letto dopo il parto. *Le varici alla vagina ed agli arti inferiori* diminuirono col far conservare all'incinta una posizione orizzontale: la *mono-artrite al carpo sinistro* cedette all'uso di unzioni e cerotti risolventi, e le *Scabbie* scomparvero usando della pomata dell'Helmerih, saponate e bagni.

L'egregio Sig. Medico Direttore, compenetrato del grandissimo utile che ne verrebbe alla Ostetricia e del decoro che ne trarrebbe l'esercente qualora si potesse precisare l'epoca alla quale è giunta una gravidanza, specialmente quando oc-

corra di fare il parto prematuro artificiale, ha voluto esperimentare se i mezzi proposti a tal fine, specialmente l' altezza a cui giunge il fondo dell' utero relativamente all' ombellico, corrispondano all' uopo. Su tali osservazioni, la di cui pratica utilità stimo innegabile, credo utile d' intrattenervi prima di parlare del parto. Cinquanta furono le donne esaminate a tal fine, in 30 delle quali il parto avvenne circa all' epoca che si era prevvista, in 16 anticipò di molto quest' epoca, ed in 4 succedette molto dopo di essa. Per prognosticare il più esattamente possibile il tempo del parto, non solo si interrogava la donna sull' epoca della sua ultima mestruazione e su quella dei primi moti attivi del feto; non solo la si esplorava e si misurava l' altezza alla quale era giunto il fondo dell' utero, ma si teneva calcolo e della quantità del liquore amniotico, e della lassezza o robustezza delle pareti addominali e dell' essere la donna primipara o no, persuasi che la quantità maggiore o minore delle acque influisca necessariamente sul maggiore o minore volume dell' utero, che quando la donna ha le pareti addominali lasse l' utero tende ad una specie di anti-versione per la quale il di lui fondo non giunge a quell' altezza che arriva in donne che trovansi in circostanze opposte, e che la donna che è pluripara si trovi nelle circostanze di quella che ha le pareti addominali lasse ecc. Di più si teneva calcolo dell' altezza totale della donna, poichè l' altezza del ventre e quindi l' altezza a cui dentro di esso giunge l' utero gravido deve essere proporzionata all' altezza totale dell' individuo: si faceva ancora la palpazione addominale ed approssimativamente con questa si misurava anche lo sviluppo acquistato dal corpo e dal capo del feto. Avuti tutti questi dati e messili fra loro in confronto, si veniva poi a fare un giudizio, il quale abbiam visto su 50 casi andar errato ben 20 volte, cioè più di un terzo. È vero che in questi 20 giudizi sbagliati non potemmo quasi mai giovarci per formularli delle risposte delle donne, e che per di più molte di esse erano pluripare, cosicchè assai

pochi lumi ci arrecava la esplorazione vaginale: però ad onta di tutto questo gli altri dati che ci rimanevano (e cioè lo sviluppo uterino, la palpazione addominale ecc.) furono tal fiata sufficienti perchè il giudizio che su di essi si posava riuscisse esatto. Da che adunque proviene una tale differenza di esito? Il ritrovarne la causa, il rispondere adeguatamente ed amplamente a simile domanda sarebbe uno sciogliere la questione, ma io non lo posso perchè il piccolo numero delle esperienze fatte non mi danno un diritto di pronunciare un giudizio: mi limiterò dunque ad accennare solo ad un sospetto, che già il *Belluzzi* nutriva quando nella Maternità incominciò questo studio. Qui non parlo dei dati fornitici dalla palpazione, poichè essi sono troppo incerti, e se possono avere un valore quando vi sia il corredo di tutti gli altri indizi poco valgono quando siano isolati. Parlerò soltanto del dato che si ritiene il più concludente, di quello sul quale devesi alcune volte fondare esclusivamente la diagnosi dell' epoca alla quale è giunta una gravidanza; voglio dire che parlerò dell' altezza dell' utero gravido relativamente all' ombellico. Misurando tale altezza volle il *Belluzzi* che si misurasse ancora di quanto l' ombellico distava dall' orlo superiore del pube. Questa distanza varia frequentemente da donna a donna anche quando hanno presso a poco la medesima statura e sebbene nel maggior numero delle 50 da noi esaminate essa distanza oscilli fra i 18 ed i 20 Centimetri, pure in alcune (e lo ripeto erano presso a poco della medesima altezza) in alcune si riscontrarono delle differenze quando in più, quando in meno, piuttosto rimarchevoli: di più quando l' utero ha sorpassato l' ombellico, esso ombellico si abbassa e lo spazio che lo divide dal pube riesce più corto di quanto l' utero non ha ancora raggiunta la cicatrice ombellicale. Noi che per misurare l' altezza a cui è giunto un' utero gravido, e quindi per diagnosticare l' epoca della gravidanza, prendiamo dal 4° mese di gestazione in poi, per punto di confronto l' ombellico, ci espo-

niamo ad errori gravissimi poichè questo punto di confronto è tutt'altro che stabile. Per evitare un simile sbaglio, sarei per proporre di prendere la misura dell'altezza dell'utero dall'orlo superiore del pube, e siccome la misura presa colle dita è troppo incerta, di usare una fettuccia nella quale sia segnato il metro. Ripeto però che le poche osservazioni fatte non mi danno il diritto di pronunciare un giudizio, ma solo mi permettono di esternare un dubbio, ben felice se altri dividendolo si darà a studiare la questione e giungerà a scioglierla.

CAPITOLO SECONDO

Parto.

Nel biennio 1863-64 si ebbero N. 125 parti, poichè 6 erano le incinte che rimanevano entro lo stabilimento dell'anno antecedente e 139 quelle accolte durante il biennio, ma di queste 8 per motivi particolari partirono prima del parto e 12 erano ancora incinte alla mezzanotte del 31 Dicembre 1864. Dei 125 parti osservati, fra i quali uno fu gemellare, 111 erano a termine e 14 no: 118 si compirono naturalmente e 7 non naturalmente; dei 118 *parti naturali*, 112 furono *facili*, 5 *stentati* ed 1 *precipitoso*: degli *stentati*, tre lo furono per poca cedevolezza dell'orifizio uterino, uno per soverchia grandezza del feto (pesava grammi 4,150) ed uno per deficienza delle contrazioni uterine: il parto *precipitoso* avvenne in donna sifilitica che si sgravò di un feto di 6 mesi già morto e putrefatto. Dei 7 *parti non naturali*, 2 furono *manuali*, 4 *istrumentali*, ed 1 *parto prematuro artificiale*: ma di tutti questi 7 parlerò più avanti. Nel totale di questi parti si osservarono alcune irregolarità; così ad esempio per ben 34 volte si vide il funicolo ombellicale attorcigliato al collo del feto

quando con un sol giro, quando con due e quando con tre, senza alcun pregiudizio del feto medesimo, soccorso però alcune volte col sollecito taglio del funicolo stesso: 6 volte si vide disimpegnarsi spontaneamente il capo fetale al quale era applicata una mano; 2 volte vi erano applicate ambidue, 3 volte vi era applicato un braccio ecc. ecc. La durata del travaglio del parto fu varia a seconda che la donna era primipara o pluripara. Così mentre nelle primipare il maggior loro numero ebbe un travaglio che durò 8 ore, nel maggior numero delle pluripare tale travaglio durò solo 5 ore; risultato questo che è identico a ciò che nota l'eccellentissimo sig. dott. *Gaetano Casati* nel suo *Prospetto clinico della R. scuola di Ostetricia in Milano per l'anno* 1863. Che se si vuole andare più avanti e sapere il numero maggiore dei parti a seconda della durata seguendo circa al numero delle donne che partorirono una proporzione decrescente, dirò che questa è per le primipare di ore 10, poi 5, 7, 11, 16 ecc. e per le pluripare di ore 8, poi 10. 4, 6, 7, ecc. Giacchè siamo in argomento farò noto un fatto osservato nella Maternità, fatto che senza essere straordinario, lo si riscontra però ben di rado nella pratica. Parlo della retrocessione del travaglio del parto, di cui un bel esempio ce lo fornì una incinta accolta nel 1863 col N.° progressivo 127. In essa la sera del 16 Gennajo 1864 incominciarono le doglie del parto: coll'esplorazione si sentiva disfatto il collo uterino ed all'esterno vedevasi l'utero contrarsi in alcuni tratti. Un tale stato perdurò sino al mezzogiorno del 18 per poi cessare affatto e non ripetersi che nel mezzogiorno del 22 terminando col parto che avvenne alle ore 4 3/4 pomreidiane del detto 22 gennajo 1864.

Riguardo alle diverse posizioni e presentazioni, ecco ciò che fu osservato nei 126 feti nati dalle 125 donne che partorirono durante il biennio:

Presentazioni del vertice

Posizioni occipito-cotiloidee sinistre.	N.	75
„ „ destre	„	37
„ occipito-sacro-illiache destre. . . .	„	2
„ indeterminate	„	6

Presentazioni delle natiche

Posizioni sacro-cotiloidee sinistre.	N.	3
Posizione sacro-illiaca sinistra.	„	1

Presentazione della spalla sinistra

Posizione cefalo-acromio-illiaca sinistra. . . .	N.	1

Di più sul feto nato col parto precipitoso non si potè constatare nè la presentazione nè la posizione, essendo il tutto accaduto sì sollecitamente, che nessuno, e neppure la mammana, giunse in tempo per assistere la partoriente. Relativamente alle posizioni occipito anteriori, il sig. dott. *Belluzzi* fecemi rimarcare un fatto che mi sembra meritevole di essere qui notato; e cioè che visitando le incinte in prossimità del parto o nei primordi di esso, tanto colla palpazione quanto coll'ascoltazione si trova molto frequentemente presentarsi il feto in posizione occipito cotiloidea destra, mentre poi nel progresso e nella terminazione del parto stesso, le dette posizioni si riscontrano molto più di rado. Questo fatto fa ritenere che tali posizioni si convertino facilmente in prime, e nello studio del meccanismo del parto merita di essere seriamente considerato.

Prima di proceder oltre riprenderò ciò che diceva dei parti non naturali osservati in questa Maternità nel biennio 1863-64. Essi parti furono 7 e le operazioni eseguite furono 2 *rivolgi-*

menti, 3 *applicaziani di forcipe*, 1 *sinfisiotomia* ed 1 *parto prematuro artificiale*.

Rivolgimenti. Uno lo si praticò sulla incinta accolta nella Maternità l'anno 1863 col N.° progressivo 94. Questa donna poco dopo il suo ingresso nello stabilimento e prima che la si fosse potuto esaminare, come si opera con tutte le altre, per istabilire la presentazione del feto ecc. fu presa dalle doglie del parto. Avvenne sollecitamente la rottura delle membrane e con questa il prolasso di un'ansa del cordone ombellicale. Coll'esplorazione si sentì che il feto presentava la spalla sinistra in posizione cefalo-acromio-illiaca sinistra. Allora, la bocca dell'utero essendo completamente dilatata, si eseguì il rivolgimento, estraendo un feto vivo, di sesso femminino e del peso di grammi 2,370. La placenta venne espulsa, dir potrebbesi, spontaneamente non essendosi fatta che qualche lieve trazione sul funicolo, ma l'utero non si contrasse, e ne susseguì una grave metrorragia sì interna che esterna. Però i bagni freddi sull'utero, svuotato prima del copioso sangue che racchiudeva, determinarono una uniforme contrazione di questo viscere, e così la emorragia cessò per non più riapparirs. Il puerperio fu dei più felici, e la donna allattò essa stessa la propria figlia.

Il secondo rivolgimento fu eseguito sulla incinta accolta col N.° progressivo 18, l'anno 1864. Al suo ingresso nella Maternità, il 14 Aprile, la gravida contava 36 anni, era linfatica, godeva di discreta salute ed in antecedenza aveva avuti altri 4 parti, che giunsero tutti a termine e si compirono naturalmente. L'otto Giugno la donna fu presa da una grave convulsione senza perdita di conoscenza e avente l'apparenza di una convulsione isterica, la quale poi si ripetè frequentemente sino al parto, avvenendo ben di rado che trascoresse intero un giorno senza che la convulsione si presentasse, mentre invece per parecchi dì la si ripetè giornalmente per ben due volte. L'urina cimentata coll'acido nitrico non dava traccia di albumina. La

sera del 18 Luglio incominciò il travaglio del parto: il mattino del 19 fuvvi un' altro accesso di convulsione, che si ripetè alla sera, ma con tale intensità da far temere non la donna ne rimanesse vittima. Allora il *Belluzzi*, sebbene la bocca dell' utero non fosse completamente dilatata, si accinse ad estrarre mediante il rivolgimento il feto, che presentava il vertice. L' operazione fu quanto mai sollecita e felice: il feto estratto era una femmina viva, robusta e che pesava grammi 3,670. Il puerperio fu regolare, solo si osservò nel 5.° giorno di esso uno scolo lochiale tanto abbondante da costituire quasi una metrorragia. Alcuni bagni freddi all' addome e bevande acidulate frenarono il sangue; ma un tal fatto essendosi ripetuto altre due o tre volte lasciando sempre un' intervallo di due giorni si provò il solfato di Chinino unito al solfato di Marte, come aveva fatto in caso analogo e con felice successo il sig. cav. dott. *Giovanni Puglioli*. Dopo l' uso di tale medicamento i lochi fluirono regolari, e la donna fu solo sottoposta all' acqua catulliana onde migliorare la di lei crasi sanguigna.

Applicazione di Forcipe — Il Forcipe fu applicato tre volte durante il biennio: due volte lo fu per isproporzione relativa fra la testa fetale e la pelvi materna, e la operazione si eseguì sulle donne entrate nel 1863 coi numeri progressivi 105 e 113. Dalla prima si estrasse un feto vivo, maschio, del peso di grammi 3,390: dalla seconda un feto vivo, femmina, del peso di grammi 3,100: il puerperio decorse regolarissimo per le madri, ed i figli non ebbero alcun danno dalla sofferta operazione. La terza volta si applicò il Forcipe in causa di una rigidezza dell' orifizio uterino. Feci già la storia di tal fatto e questa trovasi inserita nel nostro Bullettino, serie 4.ª volume 21°: ora non mi starò a ripetere e solo accennerò alle cose principali, rimandando chi desidera maggiori dettagli alla storia suaccennata. Una giovane adunque che aveva 20 anni ed era primipara fu accolta nella Maternità col N.° progressivo 13 la sera del 25 Marzo 1864 essendo incominciate

le doglie del parto sino dal giorno antecedente. Tutto e dal lato della madre e da quello del feto prometteva un parto felice, quando il 26 si vide che era avvenuta una rigidezza del collo uterino. Allora furono posti in opera tutti i mezzi consigliati per vincerla, ma la sera del 28 la dilatazione della bocca uterina non era che di 4 centimetri e mezzo, mentre poi la donna si trovava in uno stato alquanto grave, ed era necessario, come chiedeva anche ella stessa, di sollecitamente liberarla del di lei portato. Il *Belluzzi*, volendo pur risparmiare il non sempre inocuo sbrigliamento multiplo del collo uterino, pensò di usare del Forcipe Italiano del *Rizzoli*, l'unico che e per la forma delle cucchiaie e per la facile loro articolazione, qualunque sia la branca prima introdotta, potesse passare per un'apertura sì ristretta, e vi si appigliò tanto più volontieri in quantochè altra volta in un caso analogo e con felice successo l'aveva adoprato in compagnia del ch. sig. prof. comm. *Rizzoli*. Il Forcipe venne diffatto introdotto, ma non senza però dover superare alcuni gravi ostacoli, e fu estratto un feto maschio, vivo e del peso di grammi 2,945. Il puerperio per la donna decorse nel modo il più felice. Tre giorni dopo la sofferta operazione si effettuò la secrezione lattea, e questa si mantenne sempre in quantità tale da essere più che sufficiente perchè la puerpera potesse nutrire il proprio figlio, il quale gode di perfetta salute.

Sinfisiotomia. — Col N.° progressivo 71 venne accolta nella Maternità il 1.° giorno di Febbraio dell'anno 1863, una giovane di 26 anni, gracile, linfatica ed affetta da tubercolosi pulmonare incipiente. Il di lei scheletro mostrava traccie non dubbie di grave rachitide sofferta. Interrogatala su quanto aveva rapporto all'anamnesi, si seppe che sino agli otto anni fu sempre malatticia e non poteva reggersi sulle proprie gambe: che dopo tale età la di lei salute migliorò di molto e godette di questo ben'essere fisico sino al 1859, epoca nella quale rimase per la prima volta incinta. Volendo tener occulta, perchè

illegittima, quella sua gravidanza, attese ch' essa giungesse al suo termine senza farne motto ad alcuno. Sopravenne il travaglio del parto, ma dopo lunghe ed energiche contrazioni uterine riuscite infruttuose, fu chiamato un' Ostetrico, che, constatata la morte del feto, praticò la craniotomia e dopo di essa, ma non senza qualche stento, la totale estrazione del feto medesimo. Il puerperio decorse regolare e la salute ritornò nello stato di prima per mantenersi tale sino ad or fà circa un' anno, dopo del quale incominciò quella tosse che tutt' ora continua.

Avuti questi dati anamnestici si passò all' esame della donna ed alle interrogazioni necessarie per istabilire l' epoca alla quale era giunta la presente gravidanza. Alle dimande indirizzatele a tal fine, la incinta non rispondeva in modo preciso: diceva non rammentarsi l' epoca nella quale ebbe la sua ultima mestruazione, credere di essere gravida nel 6.° mese e sembrarle aver sentiti per la prima volta i moti attivi del feto ai primi dello scorso Dicembre. Dall' esame poi praticato su di essa, si ebbero i seguenti risultati. Il fondo uterino giungeva a 35 Centimetri sopra il pube e l' altezza totale della incinta era di Centimetri 110. La palpazione addominale faceva sentire il capo del feto in basso e verso la fossa illiaca destra, le parti piccole più in alto ed a sinistra della linea alba: il dorso in avanti ed il liquore amniotico piuttosto abbondante. Coll' ascoltazione si percepivano i battiti del cuore fetale più in basso ed alla destra dell' ombellico. L' esplorazione vaginale, oltre al riscontrare il collo dell' utero disfatto e la bocca uterina un poco aperta, mostrò che il diametro antero-posteriore misurava Centimetri 7 e 1 millimetro; misura che fu confermata dalla pelvimetria istrumentale colla quale si vide che anche tutti gli altri diametri pelvici erano molto più piccoli del normale. Le principali conclusioni che emanavano da tale esame, erano le 2 seguenti: 1.° che la gravidanza, contrariamente a quanto diceva la donna, era quasi giunta al suo termine: 2.°

che un feto a termine vivente non poteva per un bacino sì ristretto passare nè naturalmente nè con una semplice applicazione di Forcipe, ma era necessaria una qualche altra più grave operazione. Il Signor Medico Direttore prima di definitivamente appigliarsi ad un qualunque partito in un caso di tanta gravezza, volle, per maggior sua garanzia, sentire in proposito l'opinione di persona competente nella specialità. Pregò a tal fine il Chiarissimo Signor Comm. Prof. *Rizzoli*, il quale dopo aver verificata l'esattezza dell'esame praticato, propose di attendere si risvegliasse naturalmente il travaglio del parto, ed allora se il feto fosse vivo, si praticasee la Sinfisiotomia.

Una tale operazione in oggi è messa in disuso in tutta Italia, la sola Napoli eccettuata, e ciò forse senza piena guistizia. Il *Jacolucci* ha già addimostrati i grandi vantaggi che può arrecare la sinfisiotomia, e se a tali vantaggi vogliamo contraporre quei danni dei quali la si vuol causa, ritroveremo che i primi superano i secondi, o per lo meno che i danni arrecati dalla sinfisiotomia sono di molto inferiori a quelli che susseguono molte altre gravi operazioni che, date certe speciali circostanze, si è costretti di eseguire. Nel caso nostro poi, nel quale non potevasi effettuare il parto prematuro perchè il feto era troppo sviluppato, mentre avevamo a che fare con una pelvi il di cui diametro retto del distretto superiore misurava Centimetri 7 e 1 millimetro, la sinfisiotomia a parto a termine era sotto ogni rapporto indicata. Il *Rizzoli* propose poi nell'eseguirla, di mettere in opera un processo da lui immaginato e che io descriverò più avanti. Intanto faccio notare che con tale processo non viene per nulla intaccata la continuità dei comuni integumenti, ma solo il vestibolo, dalla qual cosa ne risultano parecchi vantaggi, i principali dei quali sono: di non permettere un'eccessivo divaricamento delle due ossa inominate, di non porre una superficie articolare ad un contatto immediato coll'aria atmosferica, e

di dare alle marcie uno scolo più facile e più naturale. La proposta del *Rizzoli* venne in ogni sua parte accettata ed in attesa delle doglie si incominciò una cura diretta a migliorare le condizioni degli organi respiratori della nostra incinta. Giunti alla sera del 13 Febbraio incominciò il travaglio: nella notte si ruppe il sacco delle acque, ed il mattino del 14 non essendosi, ad onta di energiche e continuate contrazioni uterine, per nulla impegnato il capo del feto che era sempre vivo, l' egregio sig. dott. *Belluzzi* si accinse a porre ad effetto il consiglio dato dal ch. sig. prof. *Rizzoli*, il quale, essendo stato invitato trovavasi presente. A tale scopo collocata, come seduta, la donna sul margine laterale di un letto convenientemente alto e che riceveva molta luce da una vicina finestra, fattala poggiare il capo ed il tronco su di una specie di piano inclinato composto di guanciali e fattele divaricare le coscie, l' operatore si collocò fra queste di faccia alla operanda. Introdusse dapprima una sciringa mettalica in vescica per isvuotarla del suo contenuto, e ne la mantenne affidandola al sig. Prof. *Rizzoli* onde spostasse a destra l' uretra acciò non venisse lesa nell' atto dell' operazione dallo strumento tagliente. Preso poscia un bistorino retto ed appuntito, incise il vestibolo seguendo l' andamento dell' angolo del pube fra esso lui e la clitoride, ed al taglio diede una estensione tale da permettergli d' introdurre in esso l' indice della mano sinistra. Di questo, ed anche delle forbici, si valse per istaccare il tessuto connettivo che ricuopre posteriormente la sinfisi del pube e metterla a nudo. Ottenuto ciò ed assicuratosi del posto preciso ove esisteva l' unione dei due pubi, fece scorrere a piatto lungo l' indice sinistro un bistorino smusso, ne voltò quindi in alto il taglio e con moti di va e vieni divise la cartilagine di tale sincondrosi. Sopravennero poscia alcune doglie che spinsero la testa del feto nella escavazione, ma le doglie cessarono e convenne ultimare il parto estraendo col Forcipe un feto a termine, maschio, vivo, del peso di Grammi 2,660, della lunghezza di Centimetri 48, 8 e del quale ecco i diametri del capo.

Occipito-mentale.	Centimetri	13
Occipito-frontale.	,,	11
Sott' occipito-bregmatico . .	,,	8, 9
Mento-frontale	,,	7, 8
Bi-Parietale	,,	8, 9
Bi-Temporale.	,,	7, 7

La placenta venne espulsa subito dopo e naturalmente. Si passò poscia alla medicatura consistente in istuelli di fila introdotti lungo il tragitto praticato al di dietro del pube, ed infine la puerpera fu riposta nel proprio letto, consigliandola di rimanere il più possibilmente immobile nella posizione supina nella quale la si era collocata.

Il puerperio decorse regolare sino alla mezza notte del 16 Febb. (3.ª di puer.) nella quale si presentò febbre forte e recrudescenza nella tosse, che come ho detto, da non breve tempo la travagliava. Amministrati alcuni medicamenti rinfrescativi per moderarla, e rinnovata la medicatura nella località che progrediva benissimo, nel giorno successivo si presentò il latte in copia nelle mammelle. Il mattino del 18, dopo essersi manifestati dei brividi di freddo, la febbre si esacerbò, la tosse si rese maggiormente incalzante, ed apparve un qualche dolore verso l' ileo sinistro: si continuò nel trattamento antiflogistico. Trascorse discretamente per la donna il rimanente del giorno 18 e parte del 19, ma nelle 5 pomeridiane di questo la febbre si fece più grave, e si resero evidenti i sintomi di una pneumonite sinistra. Le cure dirette a vincere questa infiammazione sopraggiunta riuscirono inutili, chè la puerpera cessò di vivere il 26 Febbraio in 13.ª giornata di puerperio. Il dolore che il giorno 18 si era manifestato all' ileo sinistro, il 19 si era fatto vagante lungo l' arto corrispondente, per mantenersi tale tutto il giorno 20 e scomparire totalmente il 21. La ferita che era stata fatta al vestibolo e che sino al 23 erasi mantenuta detersa, nei giorni della maggiore gravezza si coprì di un leggiero strato di mortificazione.

Fatta l'autopsia del cadavere si trovò: epatizzazione grigia alla parte superiore del pulmone sinistro ed alcuni tubercoli allo stadio di crudità all' apice del pulmone destro: l' utero allo stato normale: le sinfisi sacro-iliache, specialmente la sinistra, alcun poco divaricate: il tragitto praticato dall' operatore al di dietro della sinfisi pubica, superficialmente mortificato. Da ciò mi sembra essere in diritto di concludere, che la morte della donna è avvenuta in causa della pneumonite, poichè le alterazioni arrecate dall' operazione erano così miti da non potervi avere per certo contribuito.

Volendo poi infine avere una certezza matematica dell' ampliamento avvenuto nella pelvi, dopo fatta la sinfisiotomia, vuotato il bacino dei visceri contenutivi, si sono prese le seguenti misure.

Pelvimetria fatta coi pubi avvicinati.		idem coi pubi allontanati.
	Distretto superiore	
Diametro antero-posteriore	Centimetri 7, 1	Centimetri 8, 9
„ trasverso	„ 12 . . .	„ 13, 7
„ obliquo destro. . . .	„ 10, 5 . . .	„ 12, 6
„ obliquo sinistro . . .	„ 11, 8 . . .	„ 13, 4
	Escavazione	
„ antero-posteriore . . .	„ 8, 2 . .	„ 9, 4
„ trasverso	„ 10, 10 . .	„ 13,
	Distretto inferiore	
„ coci-pubico.	„ 8, 2 . .	„ 9, 8
„ bis-ischiatico	„ 7, 4 . .	„ 11, 5

Le misure prese sul bacino giustificano la convenienza dell'operazione fatta, giacchè superando il diametro retto del distretto superiore per 4 millim. circa il limite assegnato al taglio cesareo, nessun'altra operazione era indicata a feto vivente in fuori della sinfisiotomia. Si osservi poi che il diametro sotto-occipito-bregmatico del feto era di Cent. 8, 9 precisamente quale fu trovato nel cadavere la conjugata della pelvi a pubi divaricati (1). Fu levata la forma in gesso della pelvi

---

(1) Nel mentre il presente lavoro trovavasi sotto i torchi si è presentato alla Maternità un nuovo caso ove è stata praticata dal medico direttore la sinfisiotomia, della quale credo bene dire poche parole perchè eseguita con un nuovo processo ideato dal *Rizzoli*, che si presenta di una esecuzione facile e sollecita, e cioè mediante le *forbici ossivore*, che egli adopera nella resezione di alcune ossa e specialmente del mascellare inferiore; la cui descrizione e figura trovasi ancora nel Fasc. di Febbraio 1858 di questo Bullettino delle Scienze Mediche.

Ecco la descrizione del processo.

Collocata la donna alla sponda di un letto elevato, si introduce la sciringa per svuotare la vescica e deviare l'uretra da un lato e in basso; si incide la mucosa vulvare, ed i tessuti più superficiali ad essa sottoposti, immediatamente al dissopra della clitoride e in direzione semilunare, per assecondare la curva dell'arco del pube; quindi si insinua a poco a poco il dito al dissotto dell'angolo stesso per difendere l'uretra sottoposta e dar luogo all'insinuazione della branca curva delle forbici non tagliente nè pungente dietro la sinfisi, nel mentre che un assistente stira in alto il pettignone per potere con maggiore sicurezza agire colla lama tagliente delle tanaglie sul davanti della sinfisi e tagliarla completamente in uno o più tratti per mantenere integro il pettignone stesso, e la sinfisiotomia riesca sottocutanea.

Questo processo raccomandasi per la facilità e prontezza colla quale può essere praticato da qualunque chirurgo. È poi a desiderarsi che l'operazione della sinfisiotomia non venga più oltre abbandonata, perchè quantunque operazione grave non deve certamente paragonarsi al taglio cesareo. La divisione dei pubi, qualche scostamento delle sinfisi sacro-iliache non debbono invero mettersi a confronto col taglio delle pareti addominali e dell'utero.

Il 17 Ottobre p. adunque tenuta una consultazione col *Rizzoli* e trovata l'indicazione nella donna accolta nella Maternità della sinfisiotomia, essendo

a pubi accostati, e fu conservato lo scheletro coi medesimi divaricati, il quale è un bell'esempio di rachitismo, e adorna il nascente gabinetto ostetrico della Maternità incominciato dal *Belluzzi*.

Parto prematuro artificiale. — Il 19 Aprile 1864 col N.° progressivo 22, venne accolta nella Maternità una giovane di 23 anni, che senza mostrar traccia di rachitismo aveva l'aspetto e le forme infantili. Nel supposto che anche la pelvi partecipasse di una tale defficienza di sviluppo, la si esaminò, e la pelvimetria esterna mostrò di fatto tutti i diametri proporzionatamente al disotto del normale, mentre colla pelvimetria digitale si vide che il diametro antero-posteriore, detratta la inclinazione, era di centimetri 8, 5, misura questa che indicava doversi fare partorir la donna circa all'ottavo mese. La gravidanza poi, e dalle risposte precise che dava la incinta, e dall'altezza a cui saliva l'utero e dalle modificazioni del di lui collo ecc., sembrava giunta solo al 7 mese, per cui

---

la conjugata interna di 8 Cent. circa, fu non ostante tentato prima il forcipe italiano del *Rizzoli* medesimo, il quale, quantunque la bocca dell'utero fosse dilatata meno di una moneta di 5 franchi e la pelvi ristretta, pure per la forma specialmente delle sue cucchiaja potè anche in questo caso essere applicata felicemente. Riconosciuto però insufficiente, lasciando il medesimo in sito, si venne al taglio della sinfisi col processo descritto, e quindi col forcipe fu estratta una bambina bene sviluppata e vivente.

L'operata venne colta da infiammazione del peritoneo, che nel 6.° giorno la privò di vita. La sua morte però deve ascriversi alla peritonite che coglie troppo spesso anche le donne che partorirono naturalmente, e non al taglio della sinfisi, come lo dimostrò pure l'autopsia. La quale trovò una raccolta purulenta abbondante alla fossa iliaca destra, esito della peritonite discorsa, mentre la divisione dei pubi era netta, la sinfisi sacro-iliaca destra alquanto scostata, ma coi legamenti suoi non lacerati: nessuna lesione alla vescica, all'uretra, o al peritoneo in corrispondenza del taglio della sinfisi; solo il tramite della ferita alquanto mortificato, il che avviene anche o si aumenta nelle ultime ore della vita. Finalmente il diametro antero-posteriore del distretto superiore era di 8 Cent. come fu diagnosticato in vita.

si attese anche un qualche dì prima d'incominciare le iniezioni colle quali si voleva provocare il parto. In questi giorni la donna fu visitata da altri Ostetrici che ammisero l'esattezza delle misure prese e del giudizio fatto sull'epoca della gravidanza, approvando si provocasse il parto solo dopo scorso un qualche tempo. Il 12 Maggio si incominciarono le iniezioni, che si protrassero sino al 20 detto, giorno in cui incominciò il travaglio del parto. Esso travaglio fu assai lungo e stentato: le doglie erano forti e continuate, ma non perciò la testa del feto si impegnava, e non avveniva la dilatazione completa della bocca uterina, perchè, come osserva il *Belluzzi,* nei vizi del bacino la dilatazione non può essere coadiuvata da quella specie di cono che forma il capo fetale disceso in basso: nel nostro caso essa non avvenne che il giorno appresso. Allora il sig. Medico Direttore, per dar termine alle gravi e protratte sofferenze della donna, ed avendo constatato che il feto era morto si decise ad estrarlo: siccome poi la testa si conservava al di là dello stretto superiore, e per questo non era conveniente il ricorrere al forcipe, praticò la versione podalica, colla quale si riescì ad estrarre agevolmente il feto, in quanto che la testa sortendo per ultima non trovò ostacolo grave a superare la ristrettezza della pelvi. Il puerperio fu regolarissimo, ed 8 giorni dopo la praticata operazione, la donna incominciò ad alzarsi. Quando l'utero si fu di nuovo nascosto entro il piccolo bacino, allora, attraverso le pareti addominali della puerpera, si sentì una grossezza che era costituita dal volume dei corpi della 4, e 5 vertebra lombare, e che concorreva a ristringere di molto l' ingresso dello stretto superiore. Questa grossezza, che non potè essere sospettata dall' esame della spina poichè ad essa non vi corrispondeva nessun avvallamento; che non potè venire diagnosticata dal riscontro vaginale poichè il dito non giungeva a toccarla; che non potè sentirsi attraverso l' addome durante la gravidanza poichè l' utero la copriva, fu la cagione per la qua-

le, il capo del feto non potè impegnarsi nel distretto superiore e si richiese l'estrazione podalica descritta.

Darò termine a questo 2.° capitolo notando, che dei 126 feti nati nella Maternità durante il biennio, dalle 125 donne che vi partorirono, 7 soli nacquero morti: che 61 furono maschi e 65 femmine, e che il peso del maggior numero di maschi a termine era di Grammi 3,500, e quello del maggior numero delle femmine a termine era di Grammi 3,000.

CAPITOLO TERZO

Puerperio

Come feci per le malattie delle Gravide, riunirò in diversi gruppi le malattie osservate nelle Puerpere, limitando a ben poco il numero di quei morbi dei quali darò una storia dettagliata, stimando sufficiente per gli altri l'accennare in genere alla cura praticata.

Le malattie osservate nelle Puerpere durante il biennio 1863-64 furono le seguenti.

Cefalea periodica	N.	1
Blefarite reumatica	,,	1
Ragadi ai capezzoli	,,	3
Mastoiti	,,	6
Indurimento della glandola mammaria destra	,,	1
Ingorghi uterini	,,	6
Metriti	,,	8
Peritoniti	,,	2
Cangrena alla vagina e grandi labbra	,,	1
Metrorragia	,,	1
Ascesso intra-pelvico	,,	1
Flebiti agli arti inferiori	,,	2
Reumatismo acuto vagante	,,	2
Febbre periodica	,,	1
	N.	36

Della cangrena alla vagina e grandi labbra e della metrorragia ne trattai in antecedenza: ora, omettendo di parlare dei fatti i più comuni, dirò, che a guarire le ragadi dei capezzoli delle mammelle si usarono moltissimi dei mezzi a tal' uopo proposti, che quasi tutti corrisposero, ma che in genere si ebbe una guarigione più sollecita usando del metodo amolliente antiflogistico, coll' avvertenza alla donna di non porgere il di lei seno al poppante che rade volte nella giornata. A vincere le Mastoiti quando erano intense, riuscirono assai utili alcune mignatte applicate per tempo, ed in alcuni casi più gravi, anche il joduro di potassa amministrato internamente; rimedio questo che adoprato eziandio all' esterno in soluzione valse a far risolvere l' indurimento della glandola mammaria. Delle 8 metriti osservate, 3 furono piuttosto gravi, ma cedettero ad una energica cura antiflogistica senza presentare fenomeni speciali, cosa che avvenne egualmente nelle flebiti degli arti inferiori.

Ora adunque non mi rimane a parlare che delle Peritoniti e dell' Ascesso intra-pelvico.

Peritoniti. — Due furono le puerpere che andarono soggette a tal morbo: una che venne accolta nel 1863 col N.° progressivo 102 nel 7.° mese di gravidanza e che era affetta da Blennorragia, della quale però fu guarita prima di giungere al parto. Questo si compì regolarmente, e solo fuvvi un poco di emorragia esterna dopo espulsa la placenta. Nei primi giorni di puerperio si manifestarono alcune febbri ricorrenti, che unite allo stato di debolezza in cui si trovava la donna, indussero a farle retrocedere il latte. In 21ª giornata si manifestò una infiammazione al peritoneo che fu guarita mediante una energica cura antiflogistica. L' altra puerpera che ammalò di Peritonite era una sifilitica che venne da S. Orsola inviata alla Maternità nella quale fu accolta l' 11 Marzo 1864 col N.° progressivo 10. Oltre l' affezione celtica la incinta andava soggetta a convulsioni epilettiche. Il 28 Aprile dopo 3 ore di travaglio, la donna si sgravò di una femmina già morta e putrefatta,

ed immediatamente dopo di essa espulse la placenta, che era nello stato fisiologico. In 3. giornata di puerperio si manifestò una peritonite, che fu guarita in 14 giorni, per poscia, scorso poco tempo, recidivare e non cedere che dopo altri 12 giorni di cura.

Ascesso intra-pelvico. — Il 22 Settembre 1864 col N.° progressivo 44 venne accolta nella Maternità una giovane di 22 anni, simmetrica ma eminentemente clorotica, per cui nei 2 mesi che precedettero il parto fu sottoposta all'uso dell'acqua catulliana.

Il 21 Novembre successivo incominciò il travaglio del parto, che durò quasi 24 ore. La donna si lamentava assai, ciò che poteva dipendere in parte anche dal suo modo esagerato di sentire. Si alzò più volte dal letto, ed alzata preferiva stare sulle ginocchia sopra una piccola sedia ed appoggiata col capo ed il petto dicontro un letto. L'ultimo periodo del parto fu però abbastanza breve, giacchè alle 8 1/2 pomeridiane ruppersi le membrane delle acque ed alle 9 1/2 avvenne la sortita del capo fetale: il secondamento fu spontaneo e sollecito.

Il puerperio sembrava proceder bene: comparve il latte regolarmente e regolarmente ancora lo si fece retrocedere non potendo la donna rimanere quale Nutrice nello Stabilimento, ma nel 6.° giorno fu presa da febbre preceduta da freddo, e nel dì dopo da risentimento alla regione ipogastrica, ai quali sintomi si aggiunse abbattimento generale, continuando però i lochi. In seguito ad una cura conveniente la giovane in 5 giorni migliorò grandemente e rimase apiretica.

In 14.ª giornata di puerperio però cominciò ad accusare dolore alla regione del nervo sciatico sinistro, dopo al destro, poscia difficoltà di urinare ed impossibilità di poggiare sul sacro, quindi il bisogno di tenere le coscie piegate verso l'addome, ed infine sedimento purulento nell'urina. Si venne per tutto ciò nel sospetto di un'ascesso intra-pelvico, il quale avrebbe dato spiegazione di tutto l'apparato sintomatico de-

scritto. In fatto si vide in seguito una qualche tumidezza alla regione della incisura ischiatica sinistra, la qual tumidezza facendosi sempre più manifesta, fu incisa. Da questa incisione colarono alquante marcie liquide e rossastre, e mercè di essa si potè constatare l'esattezza della diagnosi fatta. La giovane ebbe dalla fatta apertura, notabile sollievo, quello specialmente di poter distendere gli arti inferiori. La si sottopose quindi ad un' adatto regime dietetico e curativo, mercè il quale, nella primavera seguente si trovò guarita.

Qui ha fine la prima parte del mio lavoro, ma non posso passar oltre senza tributare le dovute lodi al sig. Medico Direttore, il quale tanto zelo e tanta dottrina ha posto nel curare le donne a lui affidate, da ottenere un risultato oltre ogni dire soddisfacente, poichè non ebbe che la morte di una sol donna sopra le 125 che partorirono nella nostra Maternità durante il biennio 1863-64.

Rendiconto Sanitario del Baliatico

Dopo il pregiato lavoro del *Belluzzi*, intitolato *Primo Rendiconto Sanitario della Maternità e Baliatico Esposti di Bologna*, ben poca cosa rimane a farsi per quegli che voglia rendere di pubblica ragione un Rendiconto Sanitario del nostro Baliatico degli Esposti. Il *Belluzzi* difatto in quel suo lavoro trattò delle generalità che risguardano gli Esposti sotto un triplice rapporto, sociale, cioè, economico e morale, e ne trattò sì latamente, che nulla rimane ad aggiungervi, e colui che volesse in oggi ritornare su tale argomento dovrebbe di necessità ripetere quanto ha detto il *Belluzzi* medesimo. Non mi rimane adunque che indicare le malattie osservate nel biennio 1863-64 nei bambini esposti del nostro stabilimento, alla qual cosa, io credo, avrò adempiuto raccogliendole, almeno le principali, in un quadro, al quale faranno seguito alcune osservazioni che termineranno questo mio scritto.

Malattie	1863 Guariti	1863 Morti	1864 Guariti	1864 Morti
Impetigini al capo	4	0	3	0
Impetigini alla faccia	2	1	0	0
Cefalematoma sotto-periosteo	0	0	0	1
Gangrena alla faccia	0	0	0	1
Blefariti catarrali	7	0	14	0
Blefariti sifilitiche	1	16	1	15
Corizze	0	5	1	2
Mughetti idiopatici	1	0	4	0
Mughetti sintomatici	0	11	1	8
Macchie semplici al palato	1	0	0	0
Ulceri sifilitiche al palato	0	20	2	4
Divisione congenita del velo pendulo	0	1	0	1
Dentizione laboriosa	1	0	0	0
Defficienza dell' ugola	0	0	1	0
Adenite sub-mascellare franca	0	0	1	0
Ipertrofia della glandola tiroide	0	0	1	0
Flemmoni al collo	0	1	0	1
Stato apoplettico	0	0	0	2
Meningiti	3	2	2	2
Congestioni cerebrali	0	3	0	2
Frattura al 3.° sup. dell' omero sinistro	0	0	1	0
Flemmone al braccio sinistro	0	0	0	1
Congestioni pulmonari	0	2	2	1
Bronchiti	1	5	3	2
Pneumoniti	0	1	0	0
Bronco-pneumoniti	0	1	0	1
Catarro soffocativo	0	1	0	1
Peritoniti	1	7	1	4
Enteriti	2	2	0	0
Entero-peritoniti	0	1	0	3
Ernia ombellicale	1	0	0	0
Vomiti	0	0	2	1
Erisipole sifilitiche peri-ombellicali	0	13	0	5
Ano imperforato	0	1	0	1
Iscuria	0	0	0	1
Ematuria	0	0	0	1
Itterizie	0	7	2	2
Segue avanti	25	101	42	63

Riporto . .	25	101	42	63
Edema agli arti inferiori	0	0	0	1
Piaghe semplici	3	1	3	1
Dermatosi semplici	8	0	12	0
Forme sifilitiche cutanee diverse . . .	4	29	4	22
Rosolia.	0	0	1	0
Ambustione di 2.° grado	1	0	0	0
Leucocitemia	0	0	0	1
Anemia.	0	0	0	1
Pioemia.	0	0	0	1
Eclampsia	0	1	0	0
Porpora emorragica.	1	0	0	0
Immaturità	0	13	2	3
Inanizione	0	20	0	20
Sclerema	3	15	4	23
Rachitide	2	0	1	1
Scrofola	1	1	0	0
Marasmo	0	18	2	10
Somma Totale	48	199	71	147

È da osservarsi che i due fanciulli che presentavano l'*atresia dell'ano*, furono operati e con felice successo: ambedue per parecchi giorni susseguenti all' operazione godettero di buona salute, e se morirono, la causa della loro morte non si deve già ripetere dall'occlusione dell'ano, ma da malattia sopraggiunta da essa occlusione indipendente, e cioè uno di Sifilide ed uno di Marasmo. La malattia poi che si osservò più frequentemente e che fece più vittime, fu la *Sifilide*. Se riassumiamo ciò che si trova notato nel suesposto quadro delle malattie, e riuniamo tutti i malati di morbo celtico osservati nel biennio, raggiungeremo il non indifferente numero di 136, dei quali 124 morirono. La spiegazione di una mortalità sì grande la si trova riflettendo che oltre l'entità del male per sè, la maggior parte di questi bimbi, non essendovi che poche nutrici sifilitiche, sono sottoposti all' allattamento artificiale, il quale anche da solo, il più delle volte è causa di morte. In conferma di ciò noterò, che i 12 sifilitici guariti succhia-

rono il latte di una nutrice affetta dallo stesso morbo e che faceva una cura anti-venerea. La cura poi alla quale si assoggettano questi bimbi consiste, a seconda dei casi, nelle frizioni del Cirillo, nei bagni col deuto-cloruro d'idrargirio, ed all'interno nel joduro di potassa e nel liquore del Wansvieten, senza che mai, come notò anche il *Belluzzi* nel suo rendiconto, siasi manifestata la stomatite mercuriale. Dopo la sifilide, le malattie più micidiali furono l'*inanizione*, il *marasmo* lo *sclerema* e l'*immaturità*. L'*inanizione* fu sempre mortale e molti bimbi ne perirono durante il 1.°, 2.° o 3.° giorno del loro ingresso nello Stabilimento, senza che si fosse loro potuto somministrare per bocca veruna sorta di medicamento o di cibo, e senza che producessero verun buon effetto i liquidi medicati o nutritivi loro iniettati nel retto intestino. Il *marasmo* alcune volte successe a gravi diarree e quasi sempre apportò la morte: le due guarigioni che si ebbero si devono alla salutare azione dell'olio di fegato di Merluzzo. Lo *sclerema* lo osservammo specialmente nella stagione invernale e per lo più in fanciulli nati prematuramente. La cura che si è usata ha consistito in bagni tiepidi generali e nel riscaldamento artificiale mediante vasi ripieni di acqua calda e collocati nella culla attorno al bimbo: se poi sorgevano fenomeni di congestione agli organi respiratori (la qual cosa in tale malattia è frequente), si aveva ricorso specialmente all'ipecacuana: con tali mezzi parecchi esposti vennero salvati. L'*immaturità* non ammette, quando non è complicata ad altra malattia, veruna cura speciale: non tutti però i feti immaturi sono morti. Il *mughetto sintomatico* riuscì quasi sempre letale, anche perchè non permetteva al fanciullo di suggere il latte, motivo questo che trasse a morte quasi tutti quelli ancora che erano affetti da *Corizza*. La cura poi del mughetto sintomatico fu varia a seconda delle varie malattie di cui era la espressione: la cura della corizza consistette specialmente nei revulsivi e rubefacienti. Altre malattie assai gravi nel loro esito furono le *con-*

gestioni cerebrali e pulmonari specialmente per la rapidità colla quale uccidono il fanciullo che ne è affetto, le *infiammazioni dei bronchi, dei pulmoni* o d'ambedue assieme, anche perchè nel loro esordire sono molto subdole e di assai difficile diagnosi non potendosi usare che con poco frutto dell'ascoltazione e della percussione; non potendosi esaminare l'escreato che non viene espulso; non potendosi appoggiare sul criterio della febbre che non è continua: in questi casi il rimedio che meglio corrispose fu il calomelano confricato sulla lingua. Le *enteriti*, le *peritoniti* e le *entero-peritoniti*, si curarono con bagni generali, unzioni mercuriali e di belladonna all'addome, alcune volte con qualche lassativo, altre col calomelano ecc. ma ben di rado con vantaggio. Più fortunati fummo nelle *Meningiti* poichè di 9 che ne furono attaccati, 5 guarirono. La cura usata consistette in unzioni mercuriali alla fronte, bagni senapati ai piedi, vescicante alla nuca, calomelano confricato sulla lingua, ben intesi, usando di questi diversi medicamenti a seconda delle diverse indicazioni.

Non parlerò delle altre malattie osservate perchè ovvie e perchè nulla hanno presentato nel loro corso che meriti di essere ricordato; ma farò bensì notare che tali malattie non attaccarono solo quelli nati nel biennio, ma alcuni altri ancora che erano della rimanenza o che vennero ricondotti infermi, essendo nati negli anni antecedenti. Ciò premesso, eccovi uno specchio che mostra il numero degli entrati e quello dei morti nell'Ospizio dal 1851 sino a tutto il 1864; non che la loro proporzione:

Nel Decennio 1851-60

	Accolti	N.°	3881	Morti	N.°	1496	Mortalità	per 0/0	38
nel	1861	»	» 441	»	»	120	»	»	29
»	1862	»	» 431	»	»	109	»	»	
»	1863	»	» 530	»	»	199	»	»	
»	1864	»	» 518	»	»	147	»	»	

Negli atti del 2.° congresso dell'Associazione Medica Italiana tenutasi in Napoli nei primi giorni del Settembre 1863, leggesi una relazione della commissione visitatrice dell'Ospizio dei Trovatelli di quella Città, ove si fanno i maggiori elogi di quell'Ospizio, dicendo essere forse l'unico che dia la mortalità di soli 25 a 30 fanciulli per ogni cento. Noi adunque abbiamo tutto il diritto di rallegrarci del relativo felice esito ottenuto, e dico relativo in quanto che i fanciulli entro tali stabilimenti si ritrovano in circostanze speciali, poichè, come dice il *Bruni* citato dal *Belluzzi* in principio del suo rendiconto Sanitario del Baliatico: *bisogna non conoscere le condizioni degli Esposti per meravigliarsi della mortalità dei medesimi.*

Giovanni dott. Pilla
Chirurgo Primario Supplente nella Maternità di Bologna.

Rottura spontanea de' calcoli urinosi nella vescica, con successiva espulsione dei frammenti dall'uretra. Nota del Prof. Comm. *Francesco Rizzoli.*

Leggendo il fascicolo di Agosto p. s. della Gazzetta degli Ospedali di Genova trovai la seguente communicazione tratta dal giornale *Lo Sperimentale* di Firenze.

« Nella seduta 12 Marzo p. p. della Società medico-fisica fiorentina, il socio onorario prof. cav. *Carlo Burci*, premesso che il raccontare i casi alquanto strani, lungi dal partorire in medicina l'utilità che se ne attende, invece allontana dallo studio dei canoni e delle leggi generali, portandoci nel campo delle ipotesi, dice che non ha potuto difendersi dalla seduzione di un fatto che gli sembra meraviglioso e che colpisce la mente e sveglia l'attenzione, rivolgendola a investigarne le cagioni possibili. »

« Si fa quindi a narrare la storia di un calcoloso, la quale

deve alla gentilezza del Dottore *Innocenzo Corradi*, medico-chirurgo condotto a Iesi. Giacomo Borghesi, di Iesi, di anni 70, affetto da molto tempo da gotta che lo condannava a vita sedentaria, soffriva di qualche doloretto alla regione renale, aveva orine con sedimento mucoso giallastro. Nel Novembre 1860 sopravenne stranguria, e quindi iscuria con febbre. Colle debite cure e più coll' uscita di un pezzetto di calcolo vescicale, quei fenomeni si dileguarono; questo pezzetto rappresentava un segmento di costa ed è di dentro scavato a scodella, come se distaccato nettamente dal resto del calcolo. A questo ne tennero dietro altri più piccoli, somiglianti a tante fettuccine di popone. Mitigati i disturbi vescicali, fu pensato dal curante alla litrotizia, che riuscì impossibile per un doloroso spasmo sopravenuto dopo l'introduzione dello strumento; calmatosi, emise altri due frammenti più grossi, simili al primo. Dopo pochi giorni, coi medesimi fenomeni, emissione di altro frammento simile. Nel dicembre 1860 insorgono di nuovo gli stessi sconcerti, si aumentano, compariscono quelli d'infezione purulenta, e l'infermo muore nel 9 gennaio 1861. »

« Eseguita l'autopsia si rinvennero nella vescica, oltre i segni di una cistite cronica, calcoli interi, frammenti e residui di calcoli rotti; gli interi presentavano delle linee che li dividevano in segmenti, e i rotti presentavano pure dei segmenti simili ai pezzi già emessi in vita, e dei nuclei tondi, quali son quelli proprii dei calcoli spontanei. I calcoli dovevano essere otto, tre dei quali intieri, simili per forma, per grandezza, per apparenza, per somiglianza di struttura, per superficie, per maniera d' aggregazione dei materiali organici ed inorganici; globosi o schiacciati, ora pianeggianti, o rilevati forse in ragione dei mutui contatti, lisci e levigati alla superficie, di colore giallo-cinereo, di peso medio, molto duri. Il prof. *Burci* accompagnava questa descrizione con una tavoletta ove erano disposti i calcoli intieri e i frammenti trovati nella vescica del nominato individuo, eccetto uno degli intieri che fu inviato al

prof. *Capezzuoli*, a ciò ne compisse l'analisi, la quale ci era fatta conoscere nel seguito della *Memoria* dal prof. *Burci* medesimo. Da questa analisi risultava che questi calcoli componevansi in massima parte di acido urico, soltanto in minima quantità combinato a diverse basi, per ogni resto libero e più nelle parti centrali che nelle periferiche. »

« Prosegue quindi il prof. *Burci* a dire, che il caso di cui rende conto è di rottura spontanea, regolare e simmetrica di parecchi calcoli vescicali urici, avvenuta durante la vita, senza che causa meccanica ordinaria l'abbia prodotta; caso raro, non tanto per la frattura spontanea, quanto per la mirabile e singolare regolarità con cui i calcoli si ruppero a guisa di un frutto a spicchi che di per se si aprisse. In ultimo dice che due soli casi simili ha potuto rinvenire nelle opere antiche e moderne, e di questi si propone parlare in altra seduta unitamente alla più probabile teoria fisica che potrebbe dar ragione del rompersi regolare e spontaneo dei calcoli vescicali. »

Questa lettura mi indusse a non ritardare più oltre la esposizione dei casi di simil genere di cui io aveva tenuto nota, e che non mi era deciso di pubblicare fin quì nella speranza che alcuni miei valentissimi e competenti Colleghi ai quali mi era rivolto, analizzandoli, e studiandoli avessero potuto con bene dirette indagini darmi ragione della causa fisica o chimica di sì raro e singolare fenomeno.

La quale scoperta, come ognuno di leggieri comprende, avrebbe forse potuto essere sorgente di immenso vantaggio per la pratica chirurgica, giacchè quella rottura di calcoli essendosi effettuata senza che gli infermi per qualsiasi particolare fenomeno se ne avvedano, fa quindi sperare, che l'agente che la determina sia di innocua natura, e che di esso il chirurgo nel modo più acconcio approfittando, potesse spiegare in non pochi casi almeno quella benefica influenza, che valesse, senza arrecare molestia alcuna, a liberare i calcolosi dagli strazi che li tormentano. Ma le mie brame essendo rimaste fi-

nora deluse, mentre mi auguro che altri siano per cogliere migliori frutti, dirò per prima cosa, che grandemente mi duole di non potere esporre nel desiato modo quanto avvenne in un uomo che presentossi parecchi mesi or sono all'onorevole sig. dott. *G. B. Baravelli*; nel quale uomo appunto aveva avuto luogo la spontanea rottura di alcuni calcoli vescicali, e la espulsione dalla vescica, e dall'uretra di parecchi di quei frantumi. Malauguratamente mentre si pensava a fare diligenti indagini su questo infermo non se ne potè avere più contezza alcuna. Posso però dire che avendomi il lodato collega usata la cortesia di regalarmi quattro di quei frammenti due di essi appariscono piccolissimi, gli altri due molto più grandi, e quasi del volume di un seme di frumento, sono di un color paglierino, mostrano una superficie convessa, ed una concava, il maggiore ha una figura esagona, il minore romboidale, ed i loro margini presentansi quali si osservano nei frantumi dei calcoli spezzati col litotritore.

Notizie un poco più esatte posso dare di altri due casi, che li rendono molto interessanti.

Il Signor Gherardo Gherardi uomo di circa 50 anni, di robusta costituzione, chirurgo flebotomo in Forlì, molti anni or sono recossi a Bologna onde essere da me curato di una antica e tormentosa malattia degli organi urinari. Il Prof. *Regnoli*, Clinico Chirurgo in Firenze, che parecchi mesi prima lo avea esplorato colla sciringa metallica, non essendo in quel tempo riescito a spingerne il becco in vescica, per questo e per altri esami da esso lui fatti giudicò trattarsi di ipertrofia prostatica, e consigliò opportuno trattamento curativo. L'infermo per altro non vi si assoggettò e limitossi all'uso di bevande diluenti. Un giorno nello emettere che ei fece le urine, con sua molta sorpresa espulse alcuni frantumi di calcolo in un con del pulviscolo terroso che conservò. Sperando egli di potersi liberare del tutto, senz'altro aiuto, dei suoi patimenti continuò nell'uso delle bibite diluenti, ed in ispecial modo della

decozione di gramigna, e così ottenne in più volte la emissione non solo di altro pulviscolo, ma ben anco di molti pezzetti di calcoli, e sebbene ne ritraesse non poco sollievo, questo però fu di breve durata, che anzi fra non molto tornando ad aggravarsi i di lui patimenti, e temendo che qualche temibile lesione della vescica si determinasse, deliberò di sottomettersi alla mia cura.

Esaminatolo diligentemente in compagnia degli onorevoli Signori Dottori *Baravelli*, e *Romei*, trovammo il suo organismo alquanto deperito, emetteva egli con molto stento, e frequentissimamente le urine, le quali alcune volte mentre fluivano, del tutto si arrestavano per tornare poco dopo a colare dall' uretra, e ciò avveniva sempre con dolore e grande difficoltà. Le urine raccolte che fossero in un vaso, lasciavano depositare muco pus in molta abbondanzà, l' infermo era tormentato da penoso prurito alla estremità della verga, non poteva a lungo camminare e soffriva assai trovandosi in carrozza, ed anche riposando sentiva un dolore quasi continuo alla regione della vescica.

Sebbene per tutto questo potesse ragionevolmente dubitarsi che altri calcoli fossero rinchiusi nella vescica urinaria prima però di accingermi al cateterismo metallico per constatare meglio la diagnosi, volli esplorare l' infermo per la via del retto intestino, col fine di stabilire lo stato in cui si trovava la prostata, la quale, così regolandomi, io pure trovai ingrossata. Allora senza frapporre indugio alcuno insinuai lungo l' uretra una sciringa d' argento in vescica, e così mi fu fatto rinvenirla piena zeppa di calcoli. Che se questa assicurazione per una parte confortava l' animo oppresso del nostro infermo, il quale temeva di essere in preda ad una malattia non dominabile dall' arte, e sperava tutto al più di ottenere un qualche ristoro ai suoi mali mercè l' uso di opportuni rimedi, d' altra parte lo atterriva il pensiero di doversi sottoporre alla cistotomia, che maggiormente paventava per le difficoltà che sareb-

bersi incontrate nell' eseguirla, attesa specialmente l' ipertrofia prostatica cui era soggetto.

Ma per destare la calma nel suo spirito non ommisi allora di rendergli noto, che avendo io avuto la fortuna di guarire colla litotripsia altri calcolosi posti in condizioni così gravi da farla credere da taluno controindicata, nutrivo pure fiducia di poterla anche in lui esperimentare con vero vantaggio, purchè si fosse mostrato docile e paziente in tutto il non breve tempo che a questo fine si sarebbe richiesto.

Preso egli allora coraggio, prima di accingermi a questo esperimento, collo scopo di meglio conoscere la natura dei calcoli sui quali mi proponeva di agire, volli esaminare i frantumi che dallo infermo erano stati in più riprese emessi dalla vescica e dall' uretra senza aiuto alcuno.

Questi frantumi erano in numero di quaranta, il pezzetto più grosso offriva il suo maggior diametro di un centimetro, e tre millimetri, aveva sei millimetri di grossezza, presentava due superficie una esterna convessa e piuttosto scabra, una interna concava più liscia, aveva una figura esagona, la superficie esterna appariva di color grigio in alcuni punti tendente al nerastro, l' interna mostravasi di un bianco sporco; altri pezzettini aveano diverse forme, la triangolare cioè, la romboidale; nel maggior numero però prevaleva la esagona; il loro peso complessivo in un col pulviscolo ascendeva ad otto grammi.

Se adunque io mi faceva a considerare che frantumi non piccoli di calcoli erano stati espulsi spontaneamente dall' uretra dal nostro infermo, e che la loro consistenza non era straordinaria, poteva per questo lato sperare che la litotripsia non avrebbe incontrate grandi difficoltà. Ma l' ostacolo più grave sembrava piuttosto doversi riporre nel gran numero di calcoli dai quali rimaneva intasata la vescica, che non solo avrebbero resa in essa difficile la introduzione del litotritore, ma avrebbero tanto meno permesso il divaricarne con agevo-

lezza le branche onde afferrare, stringere, e rompere quei calcoli che tuttora mantenevansi intieri. La quale difficoltà si sarebbe resa maggiore anche perchè la vescica sdegnava di lasciarsi distendere da quella copia di urina, o di liquidi che sarebbe stata necessaria onde rendere più facile la presa dei calcoli stessi. Siccome però la esperienza mi aveva reso manifesto che anche in consimili gravi contingenze si può spesso colla litotripsia riescire a bene purchè si eseguisca con particolari cautele; e sebbene prevedessi che per sbarazzare completamente la vescica avrei dovuto impiegare lungo tempo, ed incontrare non poche difficoltà, non disperai però di potere appagare le brame dello infermo.

E in realtà se la litotripsia in molti casi è susseguita da funestissimi mali, ciò di spesso non è già per colpa del metodo, ma bensì pel modo improprio con cui viene praticato. Io ricorderò sempre un robustissimo giovane avente un piccolissimo calcolo vescicale, il quale giovane trovavasi nelle più favorevoli condizioni onde esserne liberato mediante la triturazione. Fu egli operato da un valente chirurgo; ed io mi trovai presente a quella operazione, ma malauguratamente quel calcolo non fu subito afferrato col litotritore, malauguratamente quel chirurgo si ostinò per prenderlo e schiacciarlo, aprì per questo più e più volte invano lo strumento, e sebbene alla perfine giugnesse ad ottenere il suo intento, ed anzi poco dopo l'operato emettesse in un colle urine d'un tratto i frammenti, e la vescica ne rimanesse completamente sbarazzata, purtroppo però in causa delle improprie manovre fatte, destossi una cistite cancrenosa che in pochi giorni lo tolse di vita.

Ben altrimenti regolandosi si avrà invece la sorte che a me pure è toccata, di guarire calcolosi che sembravano ridotti al punto da doversi ritenere inoperabili con qualsiasi metodo e capaci soltanto di potere fruire dei vantaggi di un trattamento palliativo. Anzi i fatti da me osservati mi hanno indotto a potere stabilire che ben diversamente da quanto illu-

stri chirurghi opinarono, la litotripsia è meno temibile della litotomia in non pochi di simili gravissime contingenze purchè sempre con rigore non si decampì dalle norme che a tale uopo rendonsi necessarie.

Tengo io quindi in questi casi l'infermo per un tempo più o meno lungo in letto e per quanto è fattibile in posizione supina; gli prescrivo un cibo leggiero, bevande mucillaginose in discreta copia, e l'uso di qualche rimedio calmante, dando la preferenza al bagno tiepido generale, od al semicupio; così non suole tardare ad aversi una qualche calma e l'urina può essere più a lungo ed in maggiore copia trattenuta in vescica. Allora tento nel modo il più delicato la introduzione della sciringa o del litotritore nell'uretra, e nella vescica onde poterle abituare a tollerarne la presenza. Ciò ottenuto mi accingo alla operazione approfittando di uno di quei momenti in cui la vescica contiene una certa copia di urina, e faccio questo per evitare l'irritazione che può essere indotta dalla precedente introduzione della sciringa che si pratica dai chirurghi per iniettarvi dei liquidi, onde allargarne la sua cavità. Risparmiato così questo primo tempo dell'operazione che qualche volta da se solo è sufficiente a disturbare la vescica in modo da non permettere più al chirurgo di compiere l'atto operatorio, introduco il litotritore, e tento di aprirlo; se non vi riesco subito, non mi ostino, ma lo ritiro, per non danneggiare le parti, e rimetto la operazione ad altra giornata; se poi riesco ad aprirlo senza rimarchevole dolore, allora faccio uno o tutto al più due tentativi per afferrare il calcolo, e quando lo abbia preso lo rompo, ed a questo mi limito non solo collo scopo d'evitare le temute irritazioni, ma ben anco per impedire che i frantumi in troppa copia si insinuino nel canale dell'uretra, si arrestino in qualche suo tratto, la otturino in totalità od in parte, e costringano perciò ad eseguire manuali od istrumentali operazioni onde estrarli, le quali in alcune circostanze sono cagione principalissima di gravi disastri.

Di tale guisa regolandosi, come molti di coloro che hanno seguita la mia pratica possono attestare, non solo gli infermi posti nelle più temibili condizioni non ne provano alcun danno immediato, ma invece d'ordinario poco dopo trovansi alquanto sollevati, sia perchè la vescica si sbarazza dei frantumi, sia perchè spezzato il calcolo il suo peso rimane in più punti ripartito, e quindi è maggiormente tollerato dalla interna superficie vescicale. Il quale sollievo poi va man mano crescendo a seconda che con altre sedute, fatte sempre con delicatezza e circospezione, ed anche a lunghi intervalli l'una dall'altra, l'infermo si va liberando dei frantumi che si nascondono in vescica.

Nella convinzione pertanto che attenendomi con rigore a queste norme avrei potuto giovare anche al Gherardi, assistito dai lodati Signori Dottori *Baravelli* e *Romei*, sperimentai in lui pure la litotripsia, e ne fui bene soddisfatto giacchè ne ottenni un pieno risultato. È da notarsi però che onde la guarigione fosse completa occorsero nove mesi di cura, e fu necessario che l'infermo si assoggettasse per ben 49 volte alla litotripsia onde vuotare la vescica dall'enorme copia di calcoli in essa nascosti, e che io andava via via, frangendo.

Il giorno 14 Giugno 1854 l'onorevole Sig. Dott. *Angelo Cavalli* mi scriveva da Faenza una lettera in unione alla quale mi inviava non pochi frantumi di calcoli vescicali espulsi spontaneamente da un vecchio, chiedendomi se mi era mai incontrato in simili casi. Gli risposi affermativamente alludendo a quello che or ora ho narrato. Bramando però io di avere notizie più circostanziate del suo infermo, egli cortesemente accudì alle mie preghiere con altra gentile lettera che qui testualmente trascrivo.

Stimatissimo Professore

Ho tardato a rispondere alla di Lei lettera, perchè essendo scorsi parecchi anni dacchè mi occorse il caso, che Ella mi

accenna, e morto pure da molto tempo l'individuo che lo presentò, nè la mia memoria potendomene suggerire i particolari, ho dovuto portarmi in Città per osservarli tra alcune mie memorie. In queste ho trovato, che l'individuo che era affetto di calcoli vescicali aveva circa 80 anni quando cominciò a sentire gl'incommodi di un corpo estraneo nella vescica; il che non tardò molto a verificarsi per l'espulsione di alcuni calcoli della grossezza tra il grano di veccia, ed il pisello, di superficie irregolare tendente alla sferica, non però scabri, duri, e non friabili; e questi primi calcoli non mostravano di essere frantumi di altri più grossi, giacchè la loro forma era quasi sferica, e la loro stratificazione eguale in tutta la loro superficie. Ma colla sortita di questi calcoli non pertanto cessarono gl'incomodi suaccennati e specialmente l'irritazione della vescica, che veniva alquanto calmata con bevande mucillaginose.

Rammentandomi di aver sentito encomiare, non mi ricordo se a voce, o per lettere, la parietaria come avente la facoltà di far espellere i calcoli dalla vescica, volli esperimentarne l'uso in questo caso. Feci prendere al malato una decozione satura di detta pianta, circa un bicchiere in una sol volta, e dopo alcune ore egli espulse una decina di calcoli grossi alcuni quanto un grosso grano di formentone, a cui assomigliavano anche per la forma; vale a dire che una parte della loro superficie era sferica e levigata, e le altre appianate ed angolari, e sebbene non scabre, non erano però levigate. Esaminati attentamente questi calcoli, e per la loro figura uniforme, e per essere le loro superficie piane prive di deposito recente, non lasciavano alcun dubbio, che non facessero parte di calcoli più grossi, e che la loro rottura non fosse accaduta di recente. Si continuò per qualche tempo l'uso della parietaria lasciando però un'intervallo di parecchi giorni tra una presa, e l'altra; ed in un giorno, che aveva preso il detto decotto emise più di trenta calcoli, di modo che nello spazio di pochi mesi ne espulse più di un centinaio.

Al cessare dell'emissione dei calcoli si sospese l'uso della parietaria, il quale in seguito veniva ripreso al ricomparire dei sintomi della presenza de' calcoli nella vescica; ed ogni volta che prendeva il decotto, qualche calcolo veniva espulso. Questo stato di cose durò per qualche anno; ed in fine avendo osservato che dietro l'uso della parietaria non venivano più espulsi calcoli, si cessò dal medesimo. Ciò non pertanto continuavano i segni di corpo estraneo nella vescica, che allora giudicai di un grosso calcolo, o di una pietra, ed aspettava la morte dell'individuo, che aveva circa 87 anni, ed era alla fine del 1859, per potere esaminarne la vescica. Ma la di lui morte essendo accaduta nel tempo che io mi trovava ammalato non potei soddisfare il mio scientifico desiderio.

Queste sono le nozioni, che ho potuto darle sul caso, che credo certamente non sia comune; e se me ne fosse sfuggita qualcuna che Ella desiderasse avere, me lo scriva.

Ora a me pare, che sul caso presente due siano le considerazioni da farsi: l'una sull'efficacia della parietaria, e l'altra sulla forza che produce la rottura dei calcoli, che non sono certamente friabili, ma di dura consistenza.

Dietro alla richiesta che Ella mi ha fatto, suppongo che abbia in animo di pubblicare qualche cosa in proposito, tanto più che Ella ha avuto ad osservare un caso analogo al mio. Se questa mia supposizione si avverasse, la pregherei di essermi cortese favorendomi una copia del suo scritto allorchè avrà veduta la luce.

Intanto mi creda con tutta la stima

Faenza li 29 Ottobre 1865.

Devotissimo
Cavalli Angelo.

I frantumi di calcoli mandatimi dall'onorevole Collega, e che furono spontaneamente emessi dal ricordato infermo, fra

grandi, e piccoli sommavano a 33; il maggiore aveva il volume e la forma di un seme di cece, rotto nel suo mezzo, e scorgevasi, come gli altri pezzetti di calcolo, d' un colore aranciato piuttosto fosco. Tutti questi frantumi appartenevano essi pure manifestamente a calcoli di piccol volume. La loro superficie esterna era liscia, l' interna offriva diverse facciette irregolari. In unione a tutti questi frammenti non vi era pulviscolo di sorta, ed il loro peso complessivo era di due grammi e mezzo.

Da alcuni caratteri fisici dei frantumi appartenenti ai tre indicati infermi, i quali frammenti tutti non manco di gelosamente custodire onde possano valere in utili ricerche, si potrebbe arguire che i loro principii costituenti predominanti non fossero esattamente i medesimi, e per questo supporre che l' agente che ne indusse la rottura non fosse di natura chimica, ma piuttosto meccanica. Ma se considerazione si faccia che la espulsione dei frammenti avvenuta nel vecchio testè menzionato ebbe luogo a più riprese, e specialmente quando il medesimo avea ingoiato il decotto di parietaria, nella quale sovrabbonda l' azotato di potassa e la mucillaggine, sembrerebbe piuttosto che si dovesse tenere un avviso contrario, e sospettare cioè che il disgregamento delle molecole calcari fosse riferibile ad un agente chimico. Questa ipotesi per altro perderebbe molto valore pel riflesso che dopo essersi liberato a più riprese di non pochi calcoli quell' infermo, nondimeno quantunque continuasse a fare uso della parietaria non riescì di poi a sbarazzarsi da ulteriori tormenti che parevano a gran ragione dipendenti da altre concrezioni calcari nella vescica. E simile dubbio è in me cresciuto dacchè esperimentata in alcuni calcolosi che ora ho in cura la medesima decozione non ne ho ottenuto alcun buon risultato, anzi ho dovuto dopo averla per un lasso di tempo conveniente somministrata ai miei infermi, sospenderla essendosi per l' azione della medesima aggravato lo stato irritativo degli organi urinari.

Piaccia quindi a Dio che la vera cagione determinante questo prodigioso fenomeno si possa mediante accurate indagini con certezza svelare, e dessa sia tale da lasciare libero campo ai chirurghi di poterne approfittare in pro di un buon numero di calcolosi onde liberarli per mezzo suo dai tormenti che li opprimono, e li straziano, e così non siano esposti a subire tutte quelle gravi conseguenze che per quanto cauti ed abili siasi nell'operare, ponno incontrarsi mediante la litotripsia, e la litotomia: valga pure a giovare a non pochi di quegli sciagurati che sono posti in uno stato il più miserando a motivo di calcoli formatisi nei reni e divenuti sì grossi da non potersene sbarazzare, favorendone invece per mezzo suo la rottura, e riducendoli in così minuti pezzi da non trovare più inciampo a percorrere l'uretere, penetrare in vescica, e sfuggire in un colle urine dal canale uretrale.

Caso clinico di ulcere costituzionale sifilitico. Storia e riflessioni del dott. *Sebastiano D'Ormea* Medico-Chirurgo assistente nello Spedale di S. Orsola di Bologna.

Che la diagnosi delle malattie veneree sia facile ed alla portata di qualunque medico è opinione forse della maggioranza de' medici stessi. La mia pratica di ormai un anno in quest' Ospedale nella sezione dei venerei m'ha convinto del fatto in contrario ed ho potuto persuadermi che in questa specialità, come nell'altre tutte, s'incontrano nel diagnostico anche delle più semplici forme, gravi ed innumerevoli difficoltà alle quali tien dietro di necessaria conseguenza il pericolo di applicare una inadatta, insufficiente od anche peggio una dannosa terapia. A prova di questa verità valga la storia del caso clinico che vengo tosto a narrare. Trattasi di un ulcere, una delle più semplici forme di malattie veneree, che chiunque cre-

derebbe potere a chius' occhi diagnosticare; eppure vedremo quali e quante difficoltà si presentarono a sì semplice diagnosi.

Certo A. M. di Faenza recavasi alla Clinica del prof. *Gamberini* cercando il soccorso dell' arte medica contro un alterazione morbosa, che da circa due mesi gli si era sviluppata nell' interno della guancia destra.

Collocato l' infermo nelle sale di Clinica sifilitica e presa ad esame la località morbosa si rinvenne: che alla parte interna della guancia destra in corrispondenza al primo dente molare esisteva un' ulcera del diametro di un centesimo con margini rilevati, duri e frastagliati; il fondo n' era bianco sporco, gemente discreta quantità di muco-pus fetidissimo; quei margini offrivano un turgore ed un rossore che terminava a sfumatura. La parte malata era dolentissima in ispecie al tatto praticato anche alla parte esterna della guancia. Le glandole concatenate del collo e la sotto mascellare destra ingrossate e dure, l' ultima di queste dolente al tatto. L' infermo era uomo di poco più che 50 anni, di costituzione fisica robustissima con nutrizione fino ad ora abbastanza florida.

Sottoposto dippoi all' esame subbiettivo, alle interrogazioni cioè sul passato ha risposto: che fino all' età di 19 anni visse della più invidiabile salute; che solo allora gli si sviluppò un bubbone, esso dice, non preceduto da veruna alterazione locale, il quale tagliato, suppurò per circa un mese poscia cicatrizzò non lasciando di se traccia alcuna nè generale nè locale. Fu forse un bubbone d' assalto, o come dicono i Francesi d' emblé, fenomeno che aspetta ancora l' ultima parola giudicatoria, avendo fautori ed oppositori per la sua ammisibilità? Di qui fu sano fino al Settembre del 1864 nel qual mese ricoverò in questa stessa Clinica per essere curato da un ulcero duro al pene consecutivo al cessare di una blenorragia contratta da circa un mese addietro. Le pillole di Dzondi e l' unguento mercuriale ed altea alla località lo guarirono in poco più d' un mese. Ma dopo 40 giorni da che era

sortito dallo Spedale gli si gonfiarono le gengive del lato destro; tale gonfiore estendendosi ogni giorno più aveva invaso l'interno ancora della guancia dello stesso lato e a quello andò sempre di conserva un dolore piuttosto vivo, che, per così dire concentravasi in un punto dell'interno della guancia dove l'infermo stesso dopo parecchi giorni potè sentire e vedere che erasi formata una lesione di continuità. Fu appunto allora che prese partito di venire a Bologna a cercare ricovero nelle sale del ch. prof. *Gamberini* la di cui sapienza aveva altra volta beneficamente sperimentata. Ei fu accolto il giorno 14 Gennajo 1865. Per la suesposta anamnesi ed esame obbiettivo fu fatta diagnosi di — *Ulcere costituzionale sifilitico.* —

Cura — Unzioni mercuriali, un coluttorio comune e di quando in quando cauterizzazioni colla pietra infernale o coll'acido nitrico fumante. Il 1.° Febbraio aveva già fatte 10 unzioni ed il processo ulcerativo cominciava a limitarsi, quando, non so per quali interessi di famiglia, dovette l'infermo abbandonare lo Spedale e con esso ogni specie di cura. Nulla si seppe più del nostro infermo fino all'8 Marzo, giorno in cui di nuovo entrò nello Spedale essendosi persuaso essere cattivo partito il lasciare il morbo in balìa di se stesso. Difatto in questo tempo l'ulcera che allora aveva le dimensioni di poco meno che una moneta da un centesimo, ora aveva quella di una da due centesimi e più, profonda tanto da perforarne quasi la guancia, il processo infiammatorio aveva preso proporzioni considerevoli, sicchè i margini s'erano fatti grossi, duri, rosso-scuri e dolentissimi; uno strato bianco-sporco copriva il fondo e i margini della piaga, da cui gemeva un liquido purulento fetidissimo. L'organismo era alcun poco deperito ed esprimente l'influsso di una infezione generale. Stando a questo punto le cose confermò di nuovo l'illustre sifilografo la diagnosi di — *Ulcere costituzionale sifilitica* — e quindi riprese l'interotta cura, cioè le unzioni mercuriali, i bagni a vapore, il coluttorio e le cauterizzazioni; solo aggiunse una soluzione di su-

blimato per imbeverne fila che servirono a medicare la piaga. Per 40 giorni perdurò in questa cura; ma vedendo che l'ulcero anzichè migliorare peggiorava, per avere già perforata la guancia e distrutta la metà destra del labbro superiore, si fece ricorso alla cura del liquore di Donnovan a dose ascendente. Per esso l'ulcere ebbe il fondo migliorato, diminuita la sua secrezione, però niuna tendenza a limitarsi. Allora il prof. *Gamberini* il giorno 1.° Maggio applicò alla località la pasta carbo-solforica di Ricord, la quale produsse un escara che si staccò in pochi giorni e limitò il processo ulcerativo di guisa che nel corso di altri 35 giorni l'ulcere cicatrizzò perfettamente (continuando sempre all'interno il liquore di Donnovan). Rimase una lieve distruzione del labbro superiore ed una cicatrice, che ha tutti i caratteri di una mucosa alcun poco ispessita ed asciutta, come chiunque può verificare vedendo l'individuo tutt'ora vivente, od il modello in cera che si conserva nel gabinetto anatomo-patologico del sig. prof. cav. *Pietro Gamberini*.

La storia del caso clinico, ch'io ho voluto qui in succinto ed alla meglio che ho potuto narrare, è tale da presentare, secondo mio avviso, molte difficoltà diagnostiche, prognostiche e curative; per questo appunto mi sia permesso che, colle deboli forze di chi compì l'anno scorso gli studi universitari, esponga tutte quelle cose, che durante la permanenza in Clinica dell'infermo mi si porsero a studiare e nello studio delle quali ebbi a maestro il sullodato Sifilografo.

A chi avrà letta la suesposta istoria, vedendo trattarsi di un ulcere, parrà strano ch'io voglia, per le ragioni fin dapprima dette, occuparmi di un caso in cui fu fatta immediatamente la diagnosi, e la prognosi e la cura furono favorevoli; sembrerà ch'io voglia far vedere difficile ciò che a prima vista parrebbe facilissimo. Ma se si considera che non a tutti è dato il privilegio del sapere e dell'esperienza di un Clinico: che non è sempre possibile di vedere gl'infermi al punto in cui le malattie tutti vi presentano gli essenziali caratteri che le

differenziano fra loro: che spesso si incontrano individui i quali o per ignoranza o per malizia o mal'inteso pudore vi celano, anzi peggio vi negano certi fatti del loro passato importantissimi a sapersi per pronunciare con sicurezza la diagnosi: se si considera, dissi, tutto questo, si vedrà quanto facilmente riesce difficoltoso il diagnostico anche della più semplice morbosità, che tale certamente non era il caso nostro, giacchè se l'infermo di cui è narrata la storia si fosse presentato non ad un illustre sifilografo, ma bensì ad un medico inesperto allorchè entrava per la prima volta nell'Ospedale, cioè il 14 Gennajo; quale meraviglia se per tutto l'assieme dei sintomi fosse nata dubbiezza di diagnosi fra — l'ulcere costituzionale, la venerea primitiva, la mercuriale, il primo esordio del Noma o cancro acquatico, e fors'anco fra l'ulcero duro preso da cangrena o fagedenismo? —

Intanto prima di entrare a parlare della diagnosi differenziale di queste varie morbosità, credo bene accennare quale significato scientifico si debba attribuire ai vocaboli — ulcere costituzionale non specifico ed ulcere duro o sifilitico — e quale differenza passi fra loro, giacchè potrebbersi da qualcuno confondere queste due specie di ulcere in realtà molto disparate. Egli è vero che tanto l'ulcere sifilitico, quanto il costituzionale hanno il loro substrato in un organismo cachettico, come comunemente si dice; ma l'ulcere costituzionale si rinviene in quell'individuo che è cachettico per una causa di qualunque genere essa si sia p. es. da cattiva nutrizione, malaria, tisi ecc. ed è l'ulcere sempre consecutivo alla cachessia: l'ulcere sifilitico invece riconosce sempre per unica e sola causa l'infezione da virus sifilitico ed è, anzi che essere postumo dell'infezione, il primo sintomo, la porta d'entrata per così dire, della cachessia sifilitica. Da ciò ne viene che l'ulcere sifilitico è sempre costituzionale, mentre l'ulcere costituzionale può essere benissimo non sifilitico. L'Ectima cachettico p. es. ha per base un ulcera la quale è appunto sempre costituzionale, dipen-

dente cioè da una cachessia qualunque, fors' anche sifilitica, ma ciò nonostante l' ulcere dell' ectima per se non è sifilitica e riesce tale solo se insorge in soggetto sifilitico.

Ciò premesso vedremo perchè nel caso nostro fu fatta diagnosi di ulcere costituzionale sifilitica escludendo tutte le altre malattie sopraccennate colle quali poteva essere confusa.

Eccolo in breve. —

L' ulcere molle, la stomatite mercuriale ed il Noma, erano le tre forme colle quali a prima vista l' ulcere in discorso si sarebbe facilmente potuto scambiare pei caratteri anatomici che si rinvennero nell' esame obbiettivo i quali parlavano indifferentemente e per l' ulcere e per la stomatite e pel Noma. Ed in vero i margini tagliati a picco ed il fondo bianco-sporco sono caratteristici dell' ulcere molle: la località, il colore e la qualità della suppurazione erano in favore dell' ulcere mercuriale: la flogosi che circondava l' ulcerazione colla tendenza ad estendersi ed a mortificarsi stavano pel cancro acquatico. Ma escludeva l' ulcere molle la mancanza dell' infezione diretta necessaria al suo sviluppo; l' essere sola e non multipla; l' esistenza di una flogosi molto violenta piuttosto rara nell' ulcere molle. La stomatite mercuriale si escludeva da se per la mancanza assoluta della causa, ossia l' uso dell' idrargirio; dippiù i denti normali, l' alterazione tanto circoscritta ed il nessuno odore e sapore metallico appoggiavano maggiormente l' esclusione. Riguardo al Noma, come ammetterlo? Noi sappiamo che questa malattia altro non è che una flogosi cangrenosa astenica che colpisce organismi debilitatissimi per gravi malattie p. es. tifo, pneumonite, malattie esantematiche gravi ecc. e che è rarissimo negli adulti; qui abbiamo invece un uomo più che cinquantenne, robusto non mai affetto dalle infermità volute dal Noma. Dunque anche questo è escluso.

Rimane ora l' errore di diagnosi che poteva avvenire coll' *ulcero duro,* non semplice, che troppo dista anatomicamente dal caso nostro, ma con quello complicato a cangrena od a

fagedenismo. Se ci richiamiamo alla memoria tutti i caratteri dell' ulcero descritto in cui abbiamo ritrovato che i margini erano duri e grossi, che la suppurazione della piaga era piuttosto scarsa, che erano ingorgate le glandole, che ebbe pel passato un ulcero sifilitico al pene; tutti questi caratteri potevano trarci in errore se non si avesse tosto riflettuto che la grossezza e durezza dei margini dipendevano dall' essudato prodotto dell' infiammazione a cui erano in preda, che il centro della piaga era molle, fenomeno appunto in opposizione a quanto offre l' ulcero calloso la cui durezza per essere tolta da un processo infiammatorio vuole una forza ed un tempo molto maggiore di quanto è avvenuto nel caso nostro. Dippiù l' ulcero duro sembra prediligere il carattere di lesione superficiale, qualora però sia privo di complicazioni. L' ingorgo glandulare, che pure poteva trarre in inganno considerandolo quale plejade è effetto costante di qualunque irritazione a tali glandule vicina: che se poi anche fossero state veramente plejadi conviene pensare che il nostro infermo fu affetto una volta da sifilide costituzionale. Le plejadi d' altronde non sono dolenti, queste invece lo erano. L' avere avuto altra volta un ulcero duro è ragione di qualche valore per escludere presentemente la plejade, giacchè questa appunto fra i sintomi di sifilide costituzionale guarita è uno di quelli che mai o solo difficilmente si riproduce in vicinanza dell' ulcero senza nuovo contagio diretto.

Per tutto quanto si è detto venivano dunque escluse tutte e tre queste morbosità e rimaneva solo a diagnosticarsi — l' ulcere costituzionale sifilitico. —

Parrà strano forse a taluno, dietro la dichiarazione fatta dell'ulcere costituzionale semplice dall' ulcere sifilitico, come dopo la diagnosi di ulcere costituzionale il *Gamberini* ne riprendesse tosto la cura antisifilitica ed in ispecie col mercurio. Questa cura era la più adatta, anzi nel caso nostro la sola razionale giacchè si trattava di un individuo che pochi me-

si prima aveva avuto una sifilide costituzionale e, come è a cognizione di tutti, la sifilide si cura e si guarisce è vero, ma il virus sifilitico una volta entrato nel organismo vi rimane per un tempo indeterminato, direi quasi, come principio dominante ed alterante la compage dei tessuti. Siccome la cachessia che manteneva vivo l'ulcere era certamente nel caso nostro la sifilitica, dovevasi perciò primamente combattere questo principio e quindi la cura da farsi in seguito sarebbe stata indicata dalle circostanze locali. Intanto era razionale la cura antisifilitica. Il risultato d'altronde ha provato la verità del fatto.

A questo punto mi pare torni a capello riferire, ciò che dimenticai narrando fin da principio la cura, che col pus colante dall'ulcere furono praticate due autoinoculazioni all'interno d'una coscia, alle quali successero tosto, benchè piccole e di facile guarigione, due pustole, che rotte lasciarono vedere ulceri veneree, fatte cicatrizzare colle cauterizzazioni d'acido nitrico fumante. Questo, dissi, torna a capello perchè serve a comprovare maggiormente il fatto, che l'individuo era in realtà sifilitico, che solo il pus sifilitico può riprodurre ulceri sifilitiche e perciò la cura doveva essere antisifilitica. Oltre di ciò si potrebbe forse con questo provare se un sol fatto bastase a stabilire una regola, che anche la sifilide costituzionale è autoinoculabile e che è una pura chimera la pretesa immunità dalle infezioni sifilitiche in chi ne fu altra volta affetto. Da questa esperienza ancora, dandogli sempre un'importanza qualunque, si verrebbe a provare ciò che ammettono alcuni Illustri Sifilografi moderni e fra questi il *Bidenkap*, che l'ulcero duro abbenchè per se non autoinoculabile diventa tale qualora venga preso da uno stato qualunque di irritazione p. es. da flogosi; quando cioè l'ulcero duro sia posto in condizioni da potere separare una sufficiente quantità di pus.

Nel caso nostro è vero non trattavasi di ulcere duro ma

sibbene di ulcere molle costituzionale, di guisa che verrebbe appoggiata l'opinione di quei sifilografi i quali, come a me pare accettabile, fanno consistere l'autoinoculabilità nella presenza del pus, la quale può anche verificarsi in qualunque lesione di continuità purchè questa sia in soggetto affetto da sifilide. Noi appunto abbiamo una lesione di continuo in soggetto sifilitico e l'autoinoculazione del pus secreto ha prodotto ulceri sifilitiche.

Ammesso come vero l'asserto altrui, che le ulceri dure, che sono di rado autoinoculabili lo diventano qualora secernano pus, ne verrebbe il corollario, che la contagiosità della sifilide ha sua sede nel pus, e che l'infezione non si può ricevere che da lesioni suppuranti, e tutte le altre lesioni abbenchè sifilitiche non sarebbero contagiose perchè in esse, mancando il pus, mancherebbe il veicolo del virus sifilitico, causa unica e sola della infezione. Tutto questo benchè assai contestato e contestabile merita fin d'ora spassionati studi i quali potrebbero forse svelare una verità intraveduta.

Ciò che finora esposi è solo applicabile al momento in cui l'infermo si presentò la prima volta. Ben cambiate erano le cose quando dopo più che 40 giorni ritornò nell'Ospedale, cioè agli 8 marzo. Questa volta la diagnosi era ancora più difficile, specialmente se chi l'esaminava l'avesse visto solo allora per la prima volta. Difatto osservando diligentemente i caratteri fisici che furono descritti superiormente, erano tali da lasciare nell'incertezza qualunque, se si trattasse veramente di un *Ulcere costituzionale* o piuttosto di un *Epitelioma del labbro* o di un *Lupus exedens*.

Riguardo all'Epitelioma parlavano a suo favore la conformazione dei margini che erano grossi, duri, irregolari, lucenti e secernenti materie molto fetide; la località, giacchè ivi l'epitelioma ha sua sede frequentemente, la denutrizione dell'infermo. Militavano però contra ed a favore dell'ulcere gli anamnestici, il modo d'esordio e la durata, imperocchè l'epitelio-

ma non esordisce mai con un ulcera, ma bensì con un bitorzoletto più o meno voluminoso e più o meno irregolare, duro, affatto indolente: ha bisogno di molti mesi ed anche di qualche anno per arrivare al punto di recare un guasto, quale noi osservammo e che sappiamo essere avvenuto in poco più che due mesi. Questi dati soli bastano per escludere l' epitelioma.

Altra difficoltà insorgeva nell' escludere il *Lupo serpiginoso sifilitico*. Delle altre forme di lupus scrofoloso, eritematoso, esfogliativo, non exedens ecc. non occorre neppure fare parola poichè escludonsi di per se, per la ragione che il soggetto delle nostre osservazioni era ben tutt' altro che scrofoloso; che se l' infermo aveva cattiva nutrizione ed ingorghi glandulari non erano come si disse segni di scrofola, poichè questi disturbi nel caso nostro trovavano una soddisfacente spiegazione considerandoli come postumi necessari della morbosità in discorso; essi difatto non esistevano in antecedenza, come si sarebbe dovuto verificare se si fosse trattato veramente di scrofola. Mancando adunque la base necessaria all' esistenza di una malattia, nel nostro caso la scrofola, essa si esclude da se.

Il *Lupus eritematoso* ha tali caratteri che è impossibile scambiarlo coll' affezione di cui è parola, anzi dirò dippiù, che ha una specialità tutta opposta, vale a dire di subire a vece dell' ulceramento una desquammazione, e ciò perchè il tubercolo in esso non si dispone come nelle altre forme in diversi focolai profondi anche sotto la pelle (i quali poi fondendosi apportano quelle ulcerazioni e distruzioni delle parti, che disgraziatamente abbiamo spesso campo di vedere) ma in vece il tubercolo si dispone semplicemente alla superficie della pelle, l' ingrossa, l' indura, le fa prendere un colore rosso mattone ed al tatto avvertesi secca e ruvida di modo che ne sembra palpare una stoffa compatta di lana. Questa specie di lupo, in cui il tubercolo non è punto visibile, ma solo diagnosticabile da valenti dermatologi e la di cui guarigione è difficilissima, si

estende solo in superficie, mai in profondità: puossi dire una stratificazione tubercolare nella trama del corion. Io stesso ne ho potuto vedere un caso nella Clinica del ch. prof. *Gamberini* in un giovine vetturale di cui occupava la faccia, il quale impaziente di attendere esito migliore di cura volle escire dallo spedale solo in istato di miglioramento; ora sta a Bologna cocchiere di una cittadina di piazza in condizioni ahi! forse più miserande di prima.

Veniva finalmente per ultimo da escludersi il *Lupus sifiliticus exedens*. Le condizioni fisiche dell' ammalato, gli anamnestici, la non lontana infezione ulcerosa primitiva, i caratteri esterni più grossolani della piaga ed il decorso stavano indifferenti sì per l' ulcere che pel lupus. La località, benchè il lupus prediliga la cute anzichè le mucose, era dato differenziale di poco valore. Conveniva dunque studiare diligentemente queste due morbosità onde vedere quale era da escludersi quale da ammettersi. Cominciando dal Lupus, questi esordisce dapprima con una macchiuzza sovraposta a tubercolo il quale gradatamente protrudendosi forma un rialzo che ben presto suole esulcerarsi e coprirsi di una crosta verde-nericcia; l' ulcera sifilitica invece comincia ora con una pustola ed ora con una papula dalle quali emerge un' ulcera regolare, che rimane scoperta e suppura; il Lupus ha d' ordinario focolai multipli e quindi multiple ulcerazioni o contemporanee o più sovente succedentesi l' una all' altra; l' ulcere sifilitica primitiva invece non tiene a quei caratteri, perchè manca in essa il substrato tubercolare avendo invece talora una durezza prettamente infiammatoria. Se poi si tratta di ulcero molle locale e vuolsi differenziare dal Lupus, allora dirò che questi ha un processo locale irregolare di guisa che l' alterazione risultantene ha le forme le più stravaganti, cosa che mai si verifica, nell' ulcere, la quale dal suo punto di partenza si estende in circonferenza e profondità sempre regolarmente. Il fondo della piaga nel Lupus è costantemente fungoso, secernente una sierosità

verdognola puzzolente; i margini frastagliali e tagliati a sbieco o rovesciati si confondono col centro dell'ulcerazione: mentre nell'ulcere molle il fondo è quasi mai fungoso ma piuttosto coperto da uno strato bianco sporco e secernente abbondante pus; i margini anche qui sono frastagliati ma però tagliati a picco e talora con area edematosa, la quale manca sempre nel lupus. Il decorso del lupo è cronico e senza dolore, solo per eccezione subacuto; quello dell'ulcere acuto accompagnato da dolore, solo eccezionalmente subacuto o cronico.

Ecco i punti principali sui quali, mi pare, doveva fermarsi la nostra attenzione per pronunciare una diagnosi certa.

Queste poche cose benchè malamente esposte, ma convalidate dalla diagnosi formulata dall'Illustre nostro sifilografo, bastano certamente a rendere positiva la diagnosi di — Ulcere costituzionale sifilitica — confermata dal benefico risultato terapeutico antisifilitico porto dal liquore di Donnovan, preceduto dall'idrargirosi esterna.

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Reazioni dell'acido urico e della colesterina: del prof. *Ugo Schiff.*

Reazione dell'acido urico.

I composti, che l'acido urico fa nascere sotto l'influenza dell'ossidazione e della riduzione, dalle prime ricerche di *Liebig* e *Wœhler* fino ai giorni nostri, sono sempre stati oggetto di ricerche scientifiche, ed ancora negli ultimi anni *Bayer* da Berlino ha pubblicato un lavoro importantissimo, in cui egli tenta di raccogliere sotto un punto di vista più generale le nostre cogni-

zioni sopra i prodotti di decomposizione dell'acido mentovato. E veramente grande è pure il potere riduttivo, che l'acido urico esercita sugli ossidi metallici in presenza di alcali libero. Un interesse speciale per l'analisi zoochimica ha la riduzione dell'ossido di rame, in quanto che essa spesse volte è una sorgente di errore quando si tratta di provare la presenza dello zucchero nell'urina. Abbiamo tentato, *Babo* e *Meissner*, *Berlin* ed io, di basare un metodo volumetrico per la determinazione quantitativa dell'acido urico sopra questa reazione, ma in venti determinazioni, in cui ad una soluzione bollente dell'acido, a cinque per mille, fu aggiunto il liquido cupro-potassico, ottenni risultati differentissimi, che non corrisposero menomamente alla quantità di acido impiegato. Allo stesso tempo *Babo e Meissner* dimostrarono lo stesso con una soluzione a due per mille. Con un metodo più complicato essi ottennero risultati, che più si ravvicinarono, applicando una soluzione a uno per mille e meno. Anche *Berlin* trovò che non tutto l'acido viene ridotto, perchè una parte si combina al protossido di rame, formando un urato ramoso.

Un interesse ha pure la riduzione dell'ossido di argento per mezzo dell'acido urico, perche essa ha luogo già alla temperatura ordinaria, ed è in tal modo atto a fare riconoscere piccolissime traccie di acido urico. Se cinque milligrammi di nitrato di argento si disciolgono in quindici cent. cub. di acqua, e si aggiunge poi cinque c. c. di una soluzione di carbonato di soda puro, si precipiterà del carbonato di argento bianco, sospeso in un liquido ancora alcalino. Se a questa sospensione si aggiungono cinque milligrammi di acido urico, il liquido si annerisce subito per la riduzione metallica dell'argento. Un cent. cub. di questa sospensione si colora subito in grigio con una goccia $^1/_{1900}$ di acido urico. La quantità di acido contenuto in questa goccia non è maggiore di $^1/_{47500}$ di grammo. L'acqua fredda discioglie $^1/_{14500}$ di acido urico, siccome la mia pipetta dava 25 goccie per cent. cub. un cent. cub. conteneva $^1/_{363000}$ di grammo di acido. Si riusciva ad ottenere la reazione ancora con questa quantità, se nel modo che sto per descrivere, io restringeva la reazione al più piccolo spazio. Sopra un pezzo di buona carta a filtrare, si fa cadere una goccia di nitrato di argento e vi si fa estendere. L'acido urico o la materia che lo contiene, si tratta poi con poche goccie di carbonato alcalino puro, e se il nitrato di argento è intieramente imbevuto dalla carta, la soluzione alcalina vi si tuffa sopra, per mezzo di una bacchetta di vetro. In questa maniera l'eccesso di carbonato precipita un poco di carbonato di argento, che subito viene ridotto dall'acido disciolto. Se la soluzione contiene più di $^6/_{1000}$ di acido urico, la macchia è nera, con meno essa è bruna o gialla secondo la quantità. Ottenni una macchia gialla ancora con una goccia di una soluzione a $^1/_{20000}$, corrispondente a $^1/_{50000}$ gr. di acido.

Si noti che la macchia apparisce *subito*, ed alla *temperatura ordinaria*. Gli acidi idroclorico e fosforico impediscono la reazione, formandosi cloruro e fosfato di argento, che difficilmente si riducono. In questo caso si evapora il liquido e si precipita l'acido per mezzo di poche goccie di un acido più forte; anche la più piccola traccia di cristallo, disciolto dal carbonato, basta per la reazione. Non si deve prendere la potassa (o soda) soltanto, come riferisce il *Capezzuoli*, perchè in questo caso si precipiterebbe dell'ossido di argento bruno, mentrechè il carbonato bianco è di importanza nella nostra reazione, anche in quanto che essa permette di fare una controprova colla soluzione pura del carbonato alcalino. Abbiamo provata la reazione coll'acido di differentissima provenienza, anche in parecchi laboratorj italiani, e sempre collo stesso risultato. Abbiamo fatta la controprova con soluzioni alcaline di costituenti della bile, di corpi albuminoidi e loro derivati, di acido benzoico, ippurico, ossalico e formico, di urea, di leucina, ecc., ed abbiamo trovati *soltanto due corpi* che, in soluzioni alcaline diluite ed alla *temperatura ordinaria*, producono *subito* una macchia scura colla soluzione di argento. Essi sono gli acidi tannici, che riducono l'argento e l'idrogeno solforato, che produce del solfuro di argento. Le materie tanniche, che del resto poco occoreranno ove si ricerca l'acido urico, si riconoscono facilmente col cloruro ferrico, l'idrogeno solforato ed i solfuri coll'acetato di piombo. Ove si presuma l'idrogeno solforato è cosa facilissima l'eliminarlo, e se si tratta di saggiare precipitati ottenuti per mezzo di acidi, non c'è mezzo che i solfuri impediscano o rendano equivoca questa, come crediamo, caratteristica reazione per riconoscere piccolissime traccie di acido urico.

Reazione della colesterina.

Se si evapora la colesterina coll'acido nitrico e si tratta il residuo giallo ancora caldo con una goccia di ammoniaca, si ottiene non una macchia gialla come il *Capezzuoli* ha trovato, ma una macchia di color *rosso scuro*. Il colore è differente dal colore scarlatto dell'acido urico puro, e non si altera in contatto cogli alcali caustici, come fa la muresside pura. Del resto quella reazione non ha nulla di caratteristico per la colesterina, siccome molti altri corpi, notati più in alto, si comportano alla stessa maniera. Ma profittiamo di quell'occasione onde render noto una reazione caratteristica e sensibilissima della sostanza mentovata! (1).

Parecchie mescolanze ossidanti, p. es. l'acido idroclorico, o solforico insieme col dicromato cromico o coi percloruri di oro, di platino e di ferro,

---

(1) Memoria originale negli *Annali* di *Liebig*, vol. CXV, pag. 315.

convertono secondo le mie osservazioni la colesterina in una sostanza di bellissimo color violetto ed azzurro, se essa si riscalda coi reagenti. Io mi servo di una soluzione di tre volumi di acido solforico concentrato e di uno di cloruro ferrico, come quest' ultimo ordinariamente serve di reagente.

Quella soluzione ha differenti vantaggi. Come l' acido solforico da solo dà già una colorazione rossa colla colesterina, la reazione prodotta per l' ossidazione vi si riunisce, e così fa riconoscerne ancora piccolissime traccie. L' acido solforico forma, decomponendosi col cloruro ferrico, del solfato ferrico, il di cui color bianco non nasconde il colore prodotto nella reazione della colesterina, mentrechè l' acido idroclorico naturalmente non decompone i cloruri. Ma questi cloruri ad alta temperatura si colorano in bruno o in nero (platino) e impediscono così di riconoscere bene la reazione! (1) Se vi fossero ancora materie albuminoidi, queste si colorano in bruno od in nero coll' acido solforico ed in tal caso la reazione sarebbe invisibile, ma coll' acido idroclorico saremmo esposti al pericolo più grande di uno sbaglio, in quanto che quell' acido produce spesse volte un color violetto, cogli albuminoidi (2). Finalmente la reazione coll' acido solforico ha luogo ad una temperatura meno alta ed essa non dà fastidio, come i vapori dell' acido idroclorico.

Per eseguire il saggio, si schiaccia una traccia della sostanza con una goccia del reagente, fregando colla punta di una bacchetta di vetro e poi si scalda cautamente sopra la lampada. Si mostra dapprima un violetto rosso, che diviene di più in più azzurro. Anche questa reazione è stata provata con colesterina di differentissima provenienza (da calcoli e da essudati), sempre collo stesso risultato. Ultimamente una piccola quantità di colesterina estratta da un calcolo, di cui sono debitore alla gentilezza del dott. *Galligo*, ed una preparazione appartenente alla collezione dell' Istituto tecnico mi servirono per preparare soluzioni a quantità determinata di colesterina. Il residuo di un cent. cub. di soluzione, corrispondente ad $1/_{100000}$ di grammo di colesterina, dava ancora la reazione. È superfluo di notare qui, che la controprova è stata fatta cogli acidi della bile, cogli acidi grassi, colla taurina e la glicina (glicocolla) e specialmente colle materie coloranti detta bile. Riguardo a quell' ultime le reazioni sono state eseguite parecchie volte colla materia colorante *estratta dallo stesso calcolo*, che serviva per la preparazione della colesterina, e vi è stato provato non soltanto che la materia colorante non

---

(1) Per una ragione simile non adoperiamo i dicromati; i sali cromici verdi non permettono di riconoscere piccole traccie di colesterina.

(2) Nella maggior parte dei casi le materie albuminoidi saranno escluse, siccome il saggio di colesterina si farà coll' estratto etereo.

dà la nostra reazione, ma anche che la stessa materia dava reazioni, che non dava la colesterina. Così crediamo aver provato in maniera tripla, che la nostra reazione non ha niente a fare colle sostanze coloranti della bile.

Abbiamo dunque quattro reazioni colorate colla colesterina:

1.° La colorazione rossa coll'acido solforico (*Zwenger Moleschott*).

2.° La colorazione rossa, coll'acido nitrico e coll'ammoniaca.

3.° La colorazione violetta coll'acido solforico e il cloruro ferrico.

4.° La colorazione violetta coll'iodio e coll'acido solforico (*Mekel*).

Crediamo che i mezzi per saggiare la colesterina hanno una certa importanza nel momento attuale, che quella sostanza è stata riconosciuta come costituente di parecchi liquidi dell'organismo non solo animale, ma anche vegetale. *Beneke* (*Studien über galle*, etc. Giessen 1862, e *Ann.* di *Liebig*, CXXII, pag. 249) ha trovato che la colesterina fa una parte essenziale della mescolanza che da *Virchow* è stata descritta sotto il nome di mielina. Da quelle e dai piselli *Beneke* ha potuto ottenere tale quantità di colesterina da poterne verificare le proprietà e la composizione chimica. Anche l'olio di oliva dava della colesterina. La così detta mielina sarebbe una mescolanza di differenti corpi grassi ed albuminoidi colla colesterina; quest'ultima vi si trova forse in istato di combinazione chimica.

Sembrerebbe che i così detti *corpuscoli amiloidi*, egualmente descritti da *Virchow* (nel suo *Archivio*, VI, pag. 137, 1853) pure entrino in questa serie di composti albumino-colesterici. Si noti che *Virchow* dedusse la loro natura amiloide soltanto dalla maniera di comportarsi coll'iodio e l'acido solforico (reazione pure della colesterina), che quei corpi non danno la croce nella luce polarizzata, che essi con mezzo alcuno non hanno potuto trasformarsi in zucchero o rendersi fermentescibili, e finalmente che essi secondo *Schmidt* (*Ann.* di *Liebig*, CX. 250) contengono 6,7 per c. di azoto. Riportiamo poi una osservazione fatta già nel 1860, che abbiamo esitato di pubblicare finora, siccome essa si riferisce ad un caso soltanto. Un pezzo di una midolla spinale, discretamente ricco di quei corpuscoli, fu estratto parecchie volte coll'alcoole e coll'etere, e poi rimesso al custode dell'anatomia di Berna, per lavarlo ripetutamente con acqua. Dopo questo trattamento esposi la preparazione alla macerazione per eliminare in tal modo una parte delle materie albuminoidi. La preparazione era stata dimenticata, e dopo tre o quattro settimane essa si ritrovò nello stato di putrefazione non ancora molto avanzato. I corpuscoli erano convertiti in una sostanza mucilagginosa, rassomigliante il fregolo di rane, e non davano più la reazione violetta coll'iodio e l'acido solforico. Il residuo dell'estratto alcolico, trattato coll'etere dava una quantità notevole di colesterina; e siccome la preparazione era dapprima liberata da colesterina per l'estrazione ripetuta alcool-eterea, la nuova

quantità ritrovata di quella sostanza deve esser dovuta alla decomposizione di una materia organica. In riguardo che i corpuscoli avevano perduta la proprietà di colorarsi coll'iodio e l'acido solforico, e che si ritrovò un nuovo corpo di quella reazione nella colesterina, crediamo ammissibile, che quest'ultima abbia fatto parte dei corpuscoli, vale a dire che essi siano un composto formato da colesterina, e da una materia albuminoide forse con eliminazione di acqua. La funzione chimica di alcoole, ascritta alla colesterina, fa travedere tali composti e in quest'ultimi tempi ne sono stati difatti ottenuti da *Berthelot*, ed altri.

L'osservazione qui riportata vuol essere accolta colla maggior circospezione. Rammento qui un fatto, conosciuto dagli anatomisti, cioè che le preparazioni di midolla e di cervello, organi che per lo più contengono i corpuscoli, lavate parecchie volte con alcoole e poi conservate nelle collezioni, si coprono dopo qualche tempo con cristalli di colesterina, che la stessa sostanza si trova nella soluzione alcoolica, e che essa fa una parte notevole della pellicola risplendente che comunemente si forma alla superficie, e del sedimento che si trova al fondo del vaso. Si sarà forse tentato di spiegare l'aumento della colesterina coll'ammissione che l'alcoole poco a poco penetri in strati sempre più interni della preparazione, e così estragga sempre nuove quantità di colesterina inaccessibili alle prime lavature. Ma si noti che io ho osservata la formazione di sempre nuove quantità anche in preparazioni che servirون all'insegnamento, che erano perciò tagliate in strati sottili, e che erano ogni anno messe in nuovo alcoole. *(Annali di Chimica, Fasc. di Novembre* 1865*)*.

Dell'influenza motrice riflessa del nervo pneumogastrico sulla vescica, pel prof. *Oehl.*

Stilling osservò il primo, sono più di venti anni, dei movimenti della vescica eccitando il nervo pneumogastrico. Dopo di lui non ci sono stati più studii sperimentali su questa quistione. Pure non è raro l'osservare delle contrazioni della vescica, accompagnate talvolta da uno scorrimento d'urina per l'orificio uretrale, se si eccita l'estremo periferico del nervo vago reciso. Questo risultato però non è affatto ottenuto con una tale costanza che se ne possa dedurre un'azione motrice diretta dello pneumogastrico sulla vescica, ed è quest'esperienza come l'altra dell'eccitamento del ganglio celiaco, che raramente provoca dei movimenti intestinali. L'incertezza che regna ancora su questi fatti ha impedito la maggior parte degli autori di farne menzione e di accettarli, al pari. p. es., dei movimenti dell'iride prodotti dall'irritazione dei filetti simpatici cervicali.

Nelle sue ricerche l'A. ha ottenuto costantemente delle contrazioni vescicali, irritando il tronco del pneumogastrico alla regione cervicale o l'estremo centrale di questo nervo, se è stato reciso. Affine di neutralizzare ogni perturbamento risultante dalla contrattilità propria dell'uretra, egli praticava un'apertura assai vicino al bulbo e da essa introduceva nella vescica un tubo di metallo o di vetro, comunicante con un manometro. Questo metodo è stato seguito da *Magendie* ed ultimamente anche da *Gianuzzi*. Una ligatura da abbracciare il prepuzio impediva la precoce uscita dell'urina, e se questo liquido si trovava in quantità insufficiente nella vescica, s'iniettava dell'acqua pel manometro, evitando, in quest'ultimo caso, di produrre una tensione superiore alla resistenza elastica delle pareti vescicali.

Così disposta l'esperienza, p. es. presso un cane, i pneumogastrici son messi allo scoverto al collo, e l'addome largamente aperto, affine d'isolare la vescica. Due aiutanti allontanano con degli uncini tutti i visceri vicini, le cui contrazioni potrebbero comprimere le pareti della vescica.

Eccitando in queste condizioni i nervi pneumogastrici non tagliati, o il loro tronco centrale, se sono tagliati, si ottiene costantemente ed a più riprese una rapida e considerevole elevazione del liquido manometrico, talvolta anche un getto violento e prolungato di questo liquido, come pure dell'urina, contenuti nell'apparecchio.

La costanza e l'istantaneità di questo fenomeno, l'aumento e la decrescenza degli effetti che si producono, a misura che si comincia o che s'interrompe l'eccitamento, mettono fuor di dubbio che il nervo pneumogastrico esercita sulla vescica un'azione riflessa. Non si tratta d'altro che di determinare le vie di quest'azione riflessa.

Budge avea riconosciuto l'esistenza d'un centro vescico-spinale il quale, presso il coniglio, si trova a livello della quarta vertebra lombare; inoltre *Budge* avea ottenuto delle contrazioni vescicali irritando, al di sopra del centro urogenitale, tutto il tratto della midolla spinale dal bulbo rachidiano in poi. *Kilian* e *Valentin* affermano aver seguito le fibre motrici della vescica fin nel cervello.

Basandosi su questi dati degnissimi di fede, l'A. presunse naturalmente che l'azione riflessa del nervo vago sulla vescica dovea effettuarsi per la via della midolla spinale. Questa deduzione fu confermata dai fatti, perchè distruggendo la midolla spinale a delle altezze differenti, dallo spazio occipito-atlantoideo fino alla regione lombare, l'eccitamento del pneumogastrico fu senza azione sulla vescica. È dunque a livello della regione lombare che i nervi motori vescicali, eccitabili per via riflessa, emergono dalla midolla spinale.

In una lunga serie d'esperimenti, l'A. ha potuto convincersi positivamente

che quest'azione riflessa del pneumogastrico sulla vescica si conserva anche nei cani ai quali si è asportato il cervelletto e gli emisferi cerebrali, fino al bordo anteriore della protuberanza anulare.

Le esperienze quindi dell'A. stabiliscono i seguenti fatti.

1.° Il nervo pneumogastrico esercita un' azione motrice riflessa sulla vescica.

2.° I punti d'immersione delle fibre incaricate di trasmettere quest' azione riflessa ai centri, sono situati assai d'appresso alle origini del nervo pneumogastrico, cioè a dire nella midolla allungata o nel ponte di Varolio.

3.° L'emersione delle fibre motrici della vescica, eccitabili, per la via riflessa indicata, si effettua a livello della regione lombare.

L'influenza incontestabile che certe condizioni psichiche esercitano su di altre funzioni le quali si trovano sotto la dipendenza del decimo paio, come, p. es., la circolazione, la respirazione, la digestione, potrebbe spiegare per analogia come il terrore o un' eccessiva gioia provocano talvolta, probabilmente per l'eccitamento delle fibre centrali del pneumogastrico, delle contrazioni riflesse della vescica e l'emissione involontaria dell' urina.

L'irritazione del nervo pneumogastrico produce anche nel coniglio delle contrazioni evidenti nella vescica. Il metodo seguito sui cani non essendo affatto applicabile sui conigli, l'A. ha osservato queste contrazioni sulla vescica posta allo scoverto. Durante l' irritazione dell' estremo centrale del nervo vago, i piani muscolo fibrosi della vescica si ravvicinavano visibilmente e si allontanavano tosto che s' interrompeva la corrente, mostrando, nel primo caso, l'ingrandimento prodotto per la loro contrazione, e nel secondo caso il ritorno alle dimensioni normali.

Si aggiunga intanto che presso il cane è successo talvolta all'A. di non poter determinare alcuna contrazione vescicale per l'eccitamento del pneumogastrico. In tutti questi casi è rimasto l'A. assai sorpreso nel vedere che la vescica essa stessa non rispondeva in nessuna maniera alla galvanizzazione diretta. Una replezione eccessiva della vescica è stata più volte la causa di questo fenomeno, sia in seguito d' una iniezione troppo spinta. Ma più volte ancora queste condizioni non esistevano affatto, e l'assenza d'eccitabilità nei muscoli della vescica sembrava provenire da uno stato di spossamento analogo alla paralisi vescicale che, presso l' uomo e la donna, succede assai frequentemente alle operazioni chirurgiche.

In che consiste questo esaurimento? E perchè si manifesta a preferenza sulla vescica? Son queste delle quistioni degnissime d'essere studiate. (*La Medicina*, 23 *Ottobre* 1865.)

Il cholera ed il carbone porroso.

Durante un'epidemia riesce importantissimo il bevere acqua pura e spogliata sopratutto d'ogni traccia di materia organica. Pare ormai messo fuor d'ogni dubbio che le acque potabili possono trasmettere il contagio choleroso, per cui, in paese minacciato od invaso da questo flagello, è questione vitale il badare all'acqua che ci serve di bevanda.

Il carbone poroso è uno dei mezzi migliori per purificare l'acqua; e noi abbiamo voluto occuparcene seriamente nelle circostanze luttuose nelle quali versa ora l'Europa. Avendoci fatto mandare campioni da molte fabbriche, abbiamo trovato migliori fra tutti, i carboni preparati dal sig. *Siebrecht* di Cassel. Sono ottimi perchè costano poco e sopratutto perchè raggiungono pienamente lo scopo a cui sono destinati, di spogliare l'acqua dai polviscoli che può tenere in sospensione e dalle materie organiche che può tenere disciolte. Noi raccomandiamo caldamente i filtri di *Siebrecht* a quanti amano bevere acqua pura e salubre. *(Gazzetta Medica Italiana Provincie Venete*, 18 *Novembre* 1865 *)*.

Delle iniezioni di solfato di chinina nel trattamento del reumatismo articolare, pel dott. *Dodeuil.*

Oggi che il metodo delle iniezioni sottocutanee tende a generalizzarsi, è utile segnalare la felice applicazione fatta dall'A. delle iniezioni di solfato di chinina pel trattamento del reumatismo articolare. I risultati da lui ottenuti sono esposti in un'ottima Memoria pubblicata nell'indicato numero del suddetto giornale. In questo lavoro, frutto di lunghe e coscienziose ricerche, l'A. non si è mica proposto di offerire un nuovo metodo di cura del reumatismo; ma egli si è sopratutto applicato a determinare in quali casi speciali l'iniezione sottocutanea deve essere preferita all'ingestione.

In una precedente rivista terapeutica, abbiamo già fatto notare a proposito della Memoria del dott. *Pihan Dufellag* (*Bullettin général de therapeutique,* 30 Luglio) che la quistione delle dosi non era stata nettamente posta. L'A., sperimentando sul solfato di chinina, nella cura del reumatismo, ha ridotto a questi semplicissimi termini la quistione che si è provato di risolvere.

È egli possibile, nei casi in cui l'ingestione del solfato di chinina può produrre degli accidenti ed anche essere insufficiente, d'amministrare il solfato di chinina col metodo ipodermico senza inconvenienti.

Ed in secondo luogo, quale è la relazione a stabilirsi tra le dosi comu-

nemente adoperate internamente, e quelle che si debbono iniettare sotto la pelle per ottenere degli effetti fisiologici pressochè identici?

Perciò che riguarda l'innocuità delle iniezioni sottocutanee del solfato di chinina, deve dirsi che non riesce affatto innocua l'introduzione nel tessuto cellulare d'una soluzione resa acida per aumentare la solubilità del medicamento; ma gli accidenti locali, se vi esistono, sono rari e senza gravezza.

Ecco, del resto, a quale formola l'A. ha accordato la preferenza.

Acqua distillata.	10 grammi.
Solfato di chinina bibasico.	1
Acido tartarico.	50 centigrammi.

Questo inconveniente, dovuto alle necessità in cui ci troviamo finora di sciogliere il solfato di chinina in un veicolo acido, può essere evitato se si ha cura, come ha consigliato il dott. *Vèe* (*Bulletin de thérapeutique*, n.° del 30 Agosto, p. 178) di rimpiazzare il solfato di chinina ordinario col *solfato acido cristallizzato*, il quale è sufficientemente solubile nell'acqua. Questo sale d'un prezzo alquanto più elevato del solfato ordinario, ha su di questo il gran vantaggio di non essere affatto efflorescente all'aria, ciò che esprime una grandissima stabilità di composizione, e di essere solubile nell'acqua, più solubile almeno di quello che non è il solfato neutro; ma esso è meno ricco di chinina di quest'ultimo sale tanto che conviene darlo a dosi più alte d'un quarto, prescrivendo, p. es., 1 gr., 25 di solfato acido quando non si sarebbe prescritto che un solo grammo di solfato neutro.

Avendo dunque cura in avvenire di rimpiazzare la soluzione del solfato neutro nell'acido tartarico con una soluzione di solfato acido, non si avranno più a lamentare effetti locali d'infiammazione con induramento un poco diffuso intorno alla puntura.

L'innocuità delle iniezioni una volta stabilita, bisognava fissarne le dosi con un effetto fisiologico determinato: per agire nel reumatismo, bisogna usare delle alte dosi, perchè, come fa ragionevolmente notare l'A., l'iniezione d'una grande dose ha un doppio vantaggio: in primo luogo gli effetti fisiologici e terapeutici sono chiari; in secondo luogo l'assorbimento è più pronto, l'economia rimane più presto saturata. Iniettando 40 centigrammi in una volta sola, si è potuto ottenere *spesso* la caduta del polso a termine di tre quarti d'ora, e la comparsa del solfato di chinina nelle urine in meno di trenta minuti.

L'azione sulle orecchie e sugli occhi è più tarda che non gli effetti prodotti sui polsi; il rumorio alle orecchie ed i disturbi della vista non appariscono mai prima del termine di due ore e mezzo; ma la loro durata varia, ed essi possono riprodursi due o tre volte nello stesso giorno.

Era interessantissimo di conoscere in quanto tempo il solfato di chinina si elimina.

È una cosa molto importante, e di cui non pertanto niuno finora si era preoccupato.

Uno dei meriti del lavoro dell'A. si è appunto di fornire sulla durata della eliminazione dei dati precisi e forniti dall'esperienza. Il reattivo di cui l'A. si è servito per le sue ricerche non è altro che il ioduro doppio di potassio e di mercurio.

Ecco quali furono i risultati ottenuti:

Per una dose di 40 centigrammi, la durata dell'eliminazione era generalmente di ventiquattro ore. Si cominciava a scorgere il solfato di chinina nell'urina una mezz'ora circa dopo l'iniezione.

L'eliminazione d'una dose di 20 centigrammi sembrava spesso terminata a termine di otto o nove ore.

A questo proposito importa far notare che quando l'infermo offre ancora nelle sue orine delle leggerissime traccie di sale di chinina, e si pratica una seconda iniezione, si ottiene *rapidamente,* in pochi momenti, col reattivo un precipitato abbondante. Si potrebbe ammettere che una nuova iniezione succedendosi ad una prima saturazione, il rene eliminasse più rapidamente la nuova dose iniettata, poichè esso è in via d'eliminare la prima; ma è più probabile, come nota l'A., che questo fatto d'osservazione tiene a ciò che questo reattivo, malgrado la sua estrema sensibilità, non dando in un momento che un precipitato appena apprezzabile, se si aggiunge alle traccie del solfato di chinina una nuova, ma minimissima quantità dello stesso sale proveniente dalla seconda iniezione, ciò basta perchè essa riesca *apprezzevole* al reattivo.

Riassumendo, il solfato di chinina allo stato di solfato acido in soluzione può essere iniettato sotto la pelle, nei casi sopratutto in cui potrebbesi temere che essendo ingerito non sia assai presto assorbito o che apporti dei disturbi digestivi.

Si deve introdurlo sotto la pelle a delle dosi eguali alla metà o ai due terzi di quelle che si farebbero ingerire per ottenere degli effetti quasi identici; e bisogna ben ricordarsi che si potrà contare su di un assorbimento tanto più rapido e di una durata d'eliminazione altrettanto più lunga, per quanto più alte sieno state le dosi del medicamento iniettato.

Tali sono, in breve, le conclusioni pratiche della Memoria dell'A. Questo lavoro, opera d'uno spirito giudizioso e di un buono sperimentatore, mostra a ciascuna pagina delle traccie del metodo che l'ha ispirato, e la mercè del quale l'A. ha potuto, senza mai separare l'effetto fisiologico dall'effetto terapeutico del medicamento ch'egli studiava, ben isolare le condizioni e la durata dell'assorbimento e dell'eliminazione secondo le dosi; e fissarne così le vere indicazioni terapeutiche. (*La Medicina,* 23 *Ottobre* 1865).

Su di alcune nuove applicazioni delle iniezioni di morfina, pel dott. *Freeman.*

In un caso di cancro dello stomaco con *dolore intenso* e *vomiti,* quattro o cinque iniezioni sono state sufficienti a calmare il dolore e sospendere i vomiti: l' appetito si ripristinò.

Quanto al modo d' assorbimento, è molto più rapido di quando il medicamento s' ingerisce, « e gli effetti narcotici si riproducono quasi immediatamente dopo l' iniezione. »

Seguono di poi due osservazioni; l' una di dolori nevralgici sopravvenuti al declinare d' un reumatismo articolare subacuto nelle masse muscolari della gamba; una prima iniezione fece sparire il dolore che si trasportò tre giorni dopo sull' altra gamba, una seconda iniezione bastò a farlo interamente cessare. Nella seconda osservazione, si trattava d' una rachialgia intensa con febbre che avea fatto credere ad un vaiuolo; *una volta caduta la febbre,* si fece una iniezione d' un quarto di granello (1 centigr. 1j2 di morfina) ed il dolore si calmò.

Guidato dalle anteriori ricerche del professor *de Graefe,* l' A. sperimentò le iniezioni di morfina in certi casi d' iridite: una fra le altre gli diede un eccellente risultato. Si trattava di una giovanetta a 16 anni, scrofolosa, presa da cheratite con fotofobia intensa e nevralgia sotto-orbitale; si era inutilmente praticato il collirio d' atropina e di morfina; dopo 48 ore ed in seguito di due iniezioni, il dolore sotto-orbitale era diminuito, ma la fotofobia e gli altri accidenti non cessarono che all' ottava iniezione.

Sono altresì nel lavoro dell' A. taluni dettagli interessanti sull' uso simultaneo dell' oppio e del cloroformio per favorire e mantenere l' anestesia nei casi d' operazione chirurgica in cui quest' azione deve essere lungo tempo mantenuta. Numerosi saggi sono stati con successo praticati all' ospedale Middlessex dai dottori *Morgan* e *Moore* in casi d' ovariotomia, d' operazione d' ernia strozzata, d' amputazione di membra ecc. In un' operazione d' ovariotomia fatta dal dott. *Morgan* e che durò ventotto minuti, si praticò, dopo d' aver cessato di amministrare il cloroformio, una iniezione di 6 centigr. (un granello) di morfina; si ebbero delle convulsioni durante l' operazione, che cessarono dopo una seconda iniezione fatta tre ore dopo, ma l' inferma restò fino al domani in uno stato di stupore.

Quando si tratta d' associare all' azione anestesica del cloroformio quella dell' oppio, noi crediamo che la scelta dell' alcaloide è lungi dall' essere indifferente. Riportandoci all' esperienze del professor *Cl. Bernard* che fan legge in simile materia e sono la vera e la sola base di ogni esperimento terapeutico, troviamo che la narceina dovrebbe a preferenza essere iniettata, perch' essa addormenta gli animali senza menarli in seguito nello abbattimento e nello stupore.

In questi medesimi casi, non sarebbe affatto preferibile, per ottenere senza pericolo e mantenere l'anestesia, il contentarsi delle iniezioni di narceina, in vece d'associare l'azione del cloroformio e dell'oppio, che, per produrre un medesimo effetto, agiscono in realtà d'un modo del tutto differente.

Come altre applicazioni recenti delle iniezioni di morfina, ricordiamo qui sommariamente l'uso che ne è stato fatto dal prof. *Scanzoni* nel trattamento dell'eclampsia puerperale ed in taluni casi con successo.

Paragonando l'azione della morfina e dell'atropina sotto il punto di vista della loro applicazione al trattamento dei dolori nevralgici, l'A. pone come indicazione, che l'atropina non deve essere adoperata se non nei dolori superficialissimi; la morfina, al contrario, nelle nevralgie intense e profonde. Perciò che riguarda l'oppio, l'A. dichiara come principio che la morfina ne compie le principali indicazioni terapeutiche, e che d'altro lato vi sono dei casi in cui l'azione dell'oppio è controindicata (*inammissibile*), allorchè appunto la morfina produce nei medesimi casi un felice e salutare effetto.

Questa quistione delle iniezioni sottocutanee é stata ripresa sotto un punto di vista piu generale e sotto una forma assai sommaria dal dott. *Cl. Hunter*, in un lavoro letto innanzi la *Western medical and surgical Society*; il 5 maggio ultimo. L'isteria è completamente trattata e le principali applicazioni sono date nell'ordine successivo in cui esse sono state immaginate dai lavori di *Wood* e di *Rynd* (1843-44), fino alle recentissime ricerche di *de Graefe* e di *Henri Bennett*. (*La Medicina*, 16 *Ottobre* 1865).

BIBLIOGRAFIA

Tavole sinottiche Ostetriche di Ettore D' Urso.

Il Ch. Sig. *Ettore D' Urso*, coadiutore nel R. Istituto Clinico Napolitano, Chirurgo degl'Incurabili a Sant' Antoniello ecc. ecc., pubblicò coi Tipi del Cav. Nobile di Napoli, numero quattro tavole sinottiche ostetriche, due delle quali trattano del *Salasso* nella Gravidanza, nel Parto e nel Puerperio, una della cura della *Metrorragia* e l'altra della cura dell' *Eclampsia* egualmente nella Gravidanza, nel Parto e nel Puerperio. Il lavoro *D' Urso* merita per fermo non solo l'attenzione, ma l'approvazione di tutti gli Ostetrici. Con esso diffatto l'Autore ha raccolti e disposti in bell'ordine e molto chiaramente, tutti i

precetti che il Pratico deve seguire nella Ostetricia, adornando maggiormente e completando le sue tavole colla citazione di molti Autori e con nozioni di Anatomia e Fisiologia. Il modo poi col quale l' Autore ha saputo distribuire l' abbondante materia che aveva a trattare in un lavoro sì ristretto, è alquanto ingegnoso ed utile, poichè così il Pratico vi può attingere con facilità e sollecitudine tutte quelle nozioni delle quali si crederà bisognevole in un caso determinato.

Per tutto ciò non esitiamo ad altamente encomiare le Tavole sinottiche Ostetriche di *Ettore D' Urso.*

Giovanni Pilla.

Norme igieniche e progetto di Regolamento medico-politico, risguardanti il trattamento ai moribondi, ed ai morti; la verificazione del decesso, le camere mortuali, ed i cimiteri ecc. Opera di Luigi Chierici. — *Bologna* 1865 — Lire 3.

Mi torna carissimo il registrare in queste pagine alcune parole di lode al Prof. *Luigi Chierici*, il quale seppe in poco tempo condurre a termine questo suo lavoro importantissimo, nuovo per noi, e di pratica veramente salutare. — Lavoro già stato molto encomiato dal giornalismo medico italiano — M' auguro adunque che si abbia da tutti quell' onorevole accoglienza che ben gli è dovuta, e ho piena fede poi che certo ogni Municipio Italiano acquisterà il libro del *Chierici*, e se ne gioverà attuando li ragionevoli e sani principii igienici che vi sono svolti; e così ne verrà gran bene all' uman genere, e si impediranno danni gravissimi. — Le sue norme igieniche, ed il suo progetto di regolamento medico-politico, è opera che ben mostra quanto il *Chierici* sia addentro nella Scienza Igienica e Sociale. — Per essa s' impara il modo di vivere in sanità fisicamente, intellettivamente, e moralmente; laonde approffittando de' suoi consigli avremo un popolo robusto, saggio e probo. — Beni questi di tale e tanta rilevanza che non occorrono addimostrative parole.

Voglia Iddio che tale sua opera scientifica Gli valga finalmente, ad ottenergli quel collocamento di cui a buon diritto la sua sapienza, le sue morali virtù, e le sue politiche sofferenze, lo fanno degno; e possa quindi colla necessaria quiete dell' animo darsi anche vieppù, ed a tutt' uomo a sue profonde contemplazioni pel bene di sua buona e numerosa famiglia, della Società, e pel maggior lustro di questa cara Italia nostra di cui il *Chierici* è uno tra suoi dilettissimi figliuoli.

Ferdinando Verardini.

VARIETÀ

CLINICA SIFILITICA DI P. GAMBERINI

Lettera 7.ª — Esiste una Psoriasi sifilitica?

Buona parte di dermatologi e di sifilografi ammette una psoriasi di natura sifilitica; l'illustre *Bazin* oggi giorno la nega adducendo ragioni e fatti a sostegno della sua sentenza. — Siccome la quistione non è al certo speculativa, ma eminentemente pratica, perchè da essa procede la benefica medicatura, così ho fatto scopo de' miei studi teorico-pratici un argomento sì grave, per dirne ora le risultanze con quella semplicità e verità che danno fidanza e persuasione.

Ogni qualvolta ho dovuto curare la vera psoriasi, mai fummi concesso di migliorarla o di guarirla anche temporaneamente colle preparazioni mercuriali e iodali colla vista di combattere un accidente venereo; e non pochi al certo furono gli esperimenti, perchè io pure ebbi credenza un tempo nell'esistenza di una psoriasi sifilitica. Ho interpellato in proposito dei medici pratici che seppero fare la diagnosi, e ad essi pure toccò la stessa mia sorte.

Al cospetto dei fatti testè accennati, e pur ripensando alle guarigioni che si dissero conseguite di psoriasi sifilitica, io versavo in un dubbio disgustoso, che io volevo ad ogni costo dissipare; e quindi mi corse al pensiero la conveniente ricerca dell'esattezza diagnostica, riflettendo come la psoriasi, per chi non è vero dermatologo, può venire confusa con taluna lesione cutanea di natura venerea. — Tale mia determinazione ricevette ulteriore impulso quando lessi in *Bazin* che la psoriasi era equivocata colla sifilide tubercolosa circoscritta, ed in *Hardy* che la psoriasi era segno quasi certo di sifilide, se stavasi circoscritta alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi: dettato respinto dal *Bazin*, pel quale la psoriasi palmaria e plantaria esprime sempre una malattia di natura artritica.

Ma prima di procedere oltre siami dato esporre succintamente su quali basi si regga la psoriasi sifilitica dei principali dermatologi del giorno.

Il *Gibert* (1) ammette una sifilide a placche squamose, che chiama psoriasi o lebbra sifilitica, spessissimo consecutiva alla blennorragia, ed anco in

(1) Trattato delle malattie speciali della pelle p. 374. Firenze 1850.

qualche caso coincidente con questo fenomeno uretrale, locchè basta a mio avviso per infermare tosto il concetto di psoriasi sifilitica. Laddove poi il *Gibert* parla della terapeutica (1) dice che i mercuriali sono comunemente usati anche ove non poteva sospettarsi l'esistenza di vizio venereo. Resta a sapersi il loro terapeutico potere; mentre si sa che all'arsenico ed agli alcalini spettano le più brillanti guarigioni.

Il *Devergie* (2) parlando della psoriasi sifilitica lascia intravvedere come fra questa e la psoriasi di altra natura intercedono delle varietà differenziali importantissime: anzi aggiunge che nelle psoriasi sifilitiche sonovi disposizioni affatto particolari delle placche che contrastano con lo stato normale della psoriasi circoscritta. Un tale linguaggio non indica forse che la psoriasi detta sifilitica diversifica dalla comune psoriasi?

Il *Simon* (3) parlando l'etiologia della psoriasi dice; soltanto una cosa può riguardarsi come dimostrata, e cioè che esistendo una sifilide secondaria, sorge talvolta un'eruzione la quale ha molta analogia coll'ordinaria psoriasi, ma che da essa si distingue per segni particolari ecc. ecc.

Il *Rayer* (4) senza descrivere esattamente le differenze che corrono fra la comune psoriasi e quella detta sifilitica, pure è astretto insegnare distinguersi fra loro cotali infermità.

Parecchi autori, a sentenza del *Bazin*, denominano psoriasi sifilitica la rubeola squamosa, a motivo dell'aderenza dell'esfogliazione. Si distingue però questo morbo dalla psoriasi, perchè la macchia non è rilevata, nè le squame sono grosse ed imbricate come nella psoriasi: aggiungasi la facile guarigione di quella e la difficile di questa. Devesi pure aggiungere che alla rubeola precorse da breve tempo o sta congiunto l'ulcero sifilitico.

Un'altra dermatosi venerea che può essere equivocata colla psoriasi si è il lichene generalizzato: ma come insegna sapientemente il *Bazin*, rilevasi tosto il color rameo delle papule, le squame meno numerose ed individuali per ogni papula, e la mancanza del prurito.

La sifilide tubercolare delle palme e delle piante dei piedi può essere confusa colla psoriasi: ma imparando che precedettero dei tubercoli, che campeggia il rameo colorito, che non havvi disquamazione abbondante, si giunge a dissipare l'equivoco.

La sifilide circoscritta tubercolare può essere confusa colla psoriasi: difat-

---

(1) Vedi op. cit. p. 272.

(2) Maladies de la peau p. 682.

(3) Malattie della pelle p. 225.

(4) Malattie della pelle Vol. 2. p. 177.

to se un gruppo o più gruppi di tubercoli miliari si appianano e ricoprons i di un'esfogliazione epidermica, avviene ai pochi esperti di diagnosticare tale dermatosi per una psoriasi, e ciò tanto più facilmente se l'equivoco malore ha sede ove ha predilezione quel morbo.

Le placche mucose hanno squame biancastre, o giallastre circondate da una striscia rossa od ocracea: ma se bene si esamina questo morbo riscontrasi, che se pure isvolgesi alla palma ed alla pianta coincide con placche all'ano, ai genitali, non confondibili con altri morbi, ed ecco come queste si allontanano dalla psoriasi.

Osserviamo ora la fisonomia della sifilide squamosa allo scopo di apprendere se e come diversifichi dalla psoriasi, in cui campeggia la rilevatezza papulosa e la squama.

Seguendo gli insegnamenti dell'*Hardy* trovo che la sifilide squamosa si dispone in goccie, a cercine, ed in sifilide squamosa palmare e plantare: la prima si compone di macchie rotonde, appena rilevate, di colore rameo e ricoperte in parte da squame finissime, bianche e non imbricate: dopo alcune settimane la rilevatezza si appiana, le squame cadono, e rimane una macchia ramea, la quale pure sparisce.

La seconda differisce dalla prima per la sola forma circinata. L'*Hardy* parlando della terza forma descrive l'ordinaria psoriasi: ma parlando della cura dice che il morbo dura degli anni, e allora il trattamento specifico generale ha poca influenza per la guarigione: invece giovano le pomate di catrame, e le mercuriali contro questa interminabile affezione. Ma domando io se le altre due forme sono di natura analoga a questa, come spiegasi il benefizio della cura specifica in quelle, e non in questa? L'*Hardy* dice che questa psoriasi circoscritta offre una grande rassomiglianza colla psoriasi erpetica, ed il più delle volte il diagnostico è impossibile se non esistono in pari tempo altri accidenti sifilitici. La rassomiglianza indica a mio avviso due enti morbosi distinti, i quali perciò non essendo la medesima cosa, vogliono in conseguenza essere espressi con un proprio vocabolo, rappresentante la loro reciproca natura. Ed ecco come l'*Hardy* mentre crea, distrugge il proprio edifizio, e quindi come può in tesi generali sentenziare che la psoriasi palmare e plantare è segno di sifilide?

A fronte di tante incertezze, e di sentenze così disparate torno a chiedere esiste una psoriasi sifilitica? Se vuolsi conservare in dermatologia l'ente morboso distinto col nome di psoriasi, rispondo tosto che non esiste una vera psoriasi sifilitica.

E lasciando tosto in disparte le univoche ed incontestabili psoriasi dei soggetti che mai subirono qualsiasi morbo sifilitico, e passando a quelli che n'ebbero in altro tempo più o meno remoto, osserverò in primo luogo se que-

sti presentano un qualche segno di labe sifilitica, e se questo precedette o susseguì all'apparizione della psoriasi: se precedette, esaminerò quali rapporti obbiettivi e suggettivi lo legano alla ricordata dermatosi, ricordando che nello stesso individuo può coesistere la genuina psoriasi con fenomeni sifilitici, senza che quella e questi s'incarnino patologicamente fra loro. — Perchè la così detta psoriasi sifilitica accordi pienamente colle precorse veneree infezioni bisogna che l'anamnesi armonizzi logicamente colle evoluzioni e successioni sifilitiche. Ogni qualvolta è dato verificare questo fatto, io dico, colla scorta dei fatti ripetuti che la dermatosi *simula* una psoriasi ed ingenera l'involontario errore.

Lasciando in disparte la sifilide tubercolo-miliare agglomerata, il lichene sifilitico, la rubeola squamosa, ed arrestandomi ai due fenomeni principali della psoriasi, e cioè alla rilevatezza cutanea ed alla squama che la ricopre porrò innanzi il diagnostico differenziale fra la vera psoriasi universalmente ammessa, e la così detta psoriasi sifilitica perchè offerente una rilevatezza cutanea ed una squama che l'accompagna, quale suol essere la psoriasi sifilitica palmaria e plantaria dell'*Hardy*.

Psoriasi degli Autori.	*Psoriasi detta sifilitica.*
Psoriasi artritica di *Bazin*. — E distinta in scarlattiniforme e nummulare: nella prima risiedente come l'altra alla palma ed alla pianta dei piedi emergono un senso di bruciore di tensione e delle fitte; larghe placche epidermiche occupanti una pelle inspessita rossa, con ragadi esalanti sierosità. La psoriasi nummulare presenta squame che ricoprono placche rosse leggermente rilevate, irregolarmente rotonde, e parzialmente bagnate di un umore siero plastico: le sensazioni suddette non mancano, ed è facile la conversione di questa psoriasi in eczema e viceversa. Queste forme sono d'ordinario isolate alle palme ed alle piante.	La psoriasi detta sifilitica della palma e della pianta dei piedi può essere la rubeola squamosa, la placca mucosa multipla, e la sifilide tubercolare circoscritta. In ognuna di queste sonovi squame, ma queste succedono alla rubeola, alla placca, al tubercolo, mentre nella vera psoriasi è contemporanea l'evoluzione della rilevatezza cutanea e della disquamazione. Ad eccezione della tensione, per l'ispessimento epidermo-dermico, mancano le fitte, il bruciore, spesso le screpolature e l'escrezione sierosa. — Tali forme mai sono circoscritte alle dette località; evvi una rara eccezione per la sifilide tubercolare.

Psoriasi erpetica di *Bazin.* — Placche rilevate e rosse coperte sempre di squame secche, argentee ed imbricate: prurito più o meno vivo: talora avvengono dolorose screpolature poco o nulla secernenti quando la malattia occupa parte mobili, come la palma e la pianta dei piedi, o le vicinanze articolari.

Le squame si riproducono colla massima facilità e quasi a vista d'occhio, di modo che l'elemento squamoso signoreggia la rilevatezza cutanea e mai manca.

Se si stacca la placca squamosa riscontrasi la sottoposta rilevatezza con superficie aspra per numerose disuguaglianze.

La psoriasi vera mal lascia indovinare la sua etiologia.

Gli alcalini e gli arsenicali dopo un certo non breve tempo del loro uso esterno ed interno arrecano un miglioramento, ed in modo assai eccezionale una tardissima guarigione. — Facilissima recidiva. —

Le squame del morbo sifilitico non sono argentee, ma per lo più grigie; non imbriccate o sovraposte, ma sciolte e staccate fra loro a modo da lasciare anche per qualche tempo a nudo la papula, il tubercolo, la rubeola.

Le squame si riproducono lentamente ed incompletamente, per cui lasciano sempre a scoperto qualche porzione della sottoposta rilevatezza.

Se togli le squame eccoti la papula sifilitica liscia, la conglomerazione dei tubercoli miliari, o la pianeggiante rubeola.

La così detta sifilitica segue le leggi dell'evoluzione degli accidenti sifilitici.

I soli mercuriali e iodali all'esterno ed all'interno alleviano prestamente il morbo, e non molto tardi la guarigione. — Eccezionale è la recidiva. —

Poste le quali cose ognun vede chiaramente che se l'apparenza può trarre in errore, questo facilmenle si causa esaminando con diligenza l'esordio, la fisonomia, il corso e l'esito delle dermatosi surricordate, le quali se in qualche punto si toccano ben presto si allontanano e grandemente si caratterizzano con una loro speciale sembianza. — Difatto basta a mio avviso avere sempre innanzi al pensiero i seguenti segni differenziali: tubercoli miliari, o placche riunite ma distinte, o macchie piane, ricoperte con squame libere, minute, con facile e protratta scopertura di lesione dermica per distacco di grandi brani epidermici irregolari ed ipertrofici, per sospettare tosto di sifilide, la quale avrà esclusione o conferma dalle ulteriori ricerche cliniche sumenzionate.

Devesi pure non dimenticare che la vera psoriasi s'incarna colla squama fino dal primissimo suo esordire, e quindi abbiamo la psoriasi puntata e gut-

tata ecc. La squama invece nella sifilide è sempre posteriore alla lesione dermica, e non ne è che una più o meno tarda conseguenza, che può anche impedirsi mediante appropriata e sollecita medicatura specifica. Questa circostanza ha spinto, forse ragionevolmente, parecchi sifilografi ad escludere dal quadro delle dermatosi celtiche la così detta sifilide squamosa, come manifestazione morbosa primitiva e distinta.

Io voglio sperare di avere provato come non esista la vera Psoriasi sifilitica, e come si equivochi con la sifilide maculosa, papulosa e tubercolare una lesione cutanea che per la sua origine, evoluzione, durata ed esito non ha nulla a che fare colle vere sifilidi.

Aneurisma dell' ascellare guarito mediante la compressione.

A questa benemerita Società, che non ha molto pubblicava le interessanti osservazioni, tratte dalla pratica dell' esimio prof. *Rizzoli*, di aneurismi inguinali guariti colla compressione, credo opportuno presentare la seguente storia, la quale, aggiunta a quelle del Clinico Bolognese e ad alcune altre, concorre a dimostrare che la compressione, diretta od indiretta, o le due riunite, sebbene imperfettamente adoperata, vale talvolta alla guarigione non solo degli aneurismi più facili a questa terminazione, ma anche di quelli, che per la loro ubicazione e pel volume, quasi si crederebbero incurabili, quando non si volessero tentare operazioni chirurgiche assai pericolose.

Il giovanetto Paccani Francesco di Clusone, dell' età di 10 anni, sano e robusto, alla metà di maggio 1864, arrampicatosi sopra un cancello di ferro, cadde, ed una delle lancie, di cui il cancello era sormontato, s' infisse nel cavo ascellare destro. Ebbe tosto grave emorragia che si ripetè dopo otto giorni; l' applicazione dell' acetato di ferro ed una fasciatura compressiva ne impedirono la ricomparsa; la ferita andò presto a cicatrice, ma nel tempo stesso comparve un tumore aneurismatico, che ben presto crebbe a considerevole volume.

La legatura della succlavia sulla prima costa, la compressione diretta, l' elettro-puntura furono i metodi di cura consigliati dai chirurghi consultati in proposito; fu per l' ultima delle operazioni proposte che il giovanetto venne a me diretto il 24 di settembre 1864.

La cicatrice risultante dalla ferita presentavasi nella quarta costa dietro il margine del pettorale. Il tumore aneurismatico giungeva sino ad essa, occupava tutto il cavo ascellare, rialzando tutta la porzione esterna del pettorale, ed offriva il diametro di circa cinque centimetri in ogni direzione. L' arteria ascellare scorreva al davanti della parte più elevata del tumore, il qua-

le era pulsante con soffio; le pulsazioni cessavano affatto sotto la compressione della succlavia sulla prima costa, ed il tumore riducevasi alla metà del suo volume, molle e pastoso, per cui si giudicò che già vi esistessero degli strati fibrinosi. Il giovanetto offriva i sintomi dell' anemia, era molestato da palpitazione, il polso dava 100 pulsazioni per ogni minuto.

Prima di ricorrere alla legatura della succlavia avrei tentato l' elettro-puntura, ma prima di decidermi ad una operazione qualunque volli adoperare la compressione, quantunque sembrasse che per essa poco o nulla si avesse a sperare.

La compressione digitale della succlavia sulla prima costa, sebbene fatta in modo da essere ognuna sufficiente a sospendere le pulsazioni nel tumore, non era tollerata che per breve tempo, ed anche l'operatore ben presto sentivasi stanco, sebbene si collocasse nella posizione più opportuna. Questa compressione quindi non facevasi che per un quarto d'ora, una o due volte al giorno. Benchè fosse poca cosa, pure volli persistervi durante tutta la cura. In maniera pure assai imperfetta applicavasi la compressione diretta, che fu continuata egualmente per tutta la cura. Essa veniva eseguita per mezzo di una morbida spugna che copriva tutta la parte libera del tumore, ammollita ogni giorno con acqua fresca e sostenuta da conveniente fasciatura.

Il trattamento generale venne costituito da prima dalla quiete della persona, dall'uso interno della digitale, dal vitto latteo, indi dai marziali, dal vitto carneo, dall' esercizio moderato.

Il salutare effetto della cura non tardò a manifestarsi, il progresso fu lentissimo, ma costante, sicchè la perfetta guarigione non fu ottenuta che nel febbraio 1865, quattro mesi e mezzo dopo l'intrapresa cura. Il tumore trovavasi allora ridotto al volume di una noce, indurito e privo di pulsazioni. Abbandonata la compressione e concesso all' ammalato di muovere liberamente il braccio, il tumore continuò a diminuire di volume, finchè dopo un mese era affatto scomparso, non rilevandosi più che un nodo duro ed ineguale al lato inferiore dell'arteria ascellare, la quale rimase pervia e normalissima. L'arto ricuperó la primitiva forza, e la guarigione venne costatata dopo sei mesi dal compimento della cura.

Il 15 Novembre 1865.

Dott. *Luigi Ciniselli.*

MEMORIE ORIGINALI

Il nitrato d'argento nella cura dell'atrofia muscolare progressiva. Osservazioni cliniche del prof. cav. *Gio. Brugnoli.* (1)

Quantunque oggigiorno i medici, dietro le tendenze al positivismo cui è rivolta la patologia, non dovesser curare di spingere innanzi la terapeutica che sulla via tracciata dalla fisiologia e dalla chimica organica vivente, tuttavia io sono d'avviso che per ora almeno non si debba rifiutare il concorso di quelle altre strade che furono fin qui apportatrici di utili compensi alla umanità inferma. È lamento troppo universale che manchiamo di mezzi idonei a curare moltissime malattie, ad arrestarne il corso, a lenire le sofferenze che apportano, per non accettare il bene, l'utile ovunque si presenta, ci venisse eziandio dalla più umile e bassa sorgente, dall'empirismo dal ciarlatanismo ancora. Il caso, una mera accidentalità portò spesso grandi scoperte, e non temo di errare dicen-

---

(1) Lette nella seduta del 30 Ottobre 1865 della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

do che a questa fonte deve il precipuo suo patrimonio la terapeutica. Fosse pure che la fisiologia patologica sovvenuta in ispecie dalla chimica organica ci porgesse la ragione degli effetti che l'esperienza ci mostrò sull'organismo animale prodursi da molti e molti mezzi medicamentosi o venefici! troppo e troppo grandi sono i desideri che abbiamo su questo rapporto, assai spesso ci doliamo di tanta ignoranza, o restiamo contenti a spiegazioni ad interpretazioni basate su ipotesi o semplici supposizioni. Il trovato di un vero, certificato dall'esperienza, sarà sempre un utile qualunque sia la via per cui ne perviene, quello poi di un rimedio valevole nella cura di un morbo in ispecie se di difficile sanazione, sarà inoltre un benefizio per l'umanità; e se anche ve lo arrecò il caso o l'empirismo, la scienza ancora se ne gioverà, aprendosi così l'occasione ad essa di trovare la ragione di quegli effetti, poggiando per tal modo su dati positivi nelle sue investigazioni; e quando fosse giunta a conoscere il modo di agire di quel farmaco, oh quante altre applicazioni utili e salutari non ne conseguirebbero?

Altra volta o C. P. ebbi l'onore d'intrattenervi colla narrazione di tentativi intrapresi sull'uso terapeutico della noce vomica (1). E se allora seguii una via alquanto razionale nelle mie indagini ponendo per base che quel farmaco spieghi la sua azione medicamentosa sul bulbo rachidiano o su quella forza nervea che serve agli atti della vita organica e che deriva in parte da esso e dai nervi pneumogastrico e gran simpatico, e da ciò discendessi alla applicazione terapeutica in quelle nevrosi che mostravan ivi avere la loro sede; io penso che non solo per questo voi faceste buon viso a quel tenue lavoro, onorandolo di premio; non perciò si è tanto estesa inseguito nella pratica medica l'amministrazione di quel farmaco, ma bensì per-

---

(1) Vedi di questo Bullettino Ser. 4. Tom. 17 pag. 257. 1862.

chè i fatti clinici ne hanno confermato la grande utilità nella cura di quelle spesse volte strane e assai ribelli malattie.

Per queste considerazioni io mi lusingo che se oggi vi intrattengo colla narrazione di alcuni fatti di una malattia di cui un illustre nostro consocio il dott. *Francesco Roncati* scriveva non ha guari essere quasi sempre mortale, il prof. *Malmster* di pronostico sempre infausto (l'atrofia muscolare progressiva) i quali fatti furono condotti a guarigione con un medicamento direi quasi preso la a casaccio, pure mi farete buona accoglienza, specialmente considerando che trattasi di una malattia che non è frequente, e che per ampiamente confermare su più estesa scala di osservazioni la possa di quel farmaco cui alludo abbisogna l'opera vostra, l'opera dei colleghi onde come spero s'abbia la medicina un rimedio contro un morbo fin qui ritenuto insanabile.

Il nitrato d'argento da tempo antico in onta all'energia d'azione che spiega sui tessuti viventi coi quali è posto a contatto, venne usato allo interno in varie contingenze morbose, nelle nevrosi in ispecie, e sopratutto fu preconizzato contro la epilessia, nel qual caso sotto forma pillolare fu amministrato qualche volta a dose non facilmente credibile; e sia poi perchè se ne temesse assai l'azione quasi corrodente di contatto, sia perchè essendovi molte epilessie a mio credere legate a condizioni organiche di struttura assai nascoste e quindi insanabili, da qualsiasi mezzo, molte epilessie ritenute primarie e che non cedono all'azione di questo rimedio, fatto è che il nitrato d'argento assai di rado viene usato come nervino antiepilettico quantunque possediamo splendidi esempi di guarigione, fra quali piacemi ricordare quello ottenuto dal ch. prof. *Rizzoli* in certa Luigia Ferri come è narrato nel nostro Bullettino delle Scienze Mediche 1842 V. 1 p. 124, e quantunque il *Perry* a togliere gl'inconvenienti dell'azione di contatto mostrasse che si poteva assai bene al nitrato sostituire il cloruro.

Senza ora parlare del nitrato d'argento come rimedio di

medicatura sostitutiva, astringente, per cui è usato nelle flogosi crupose, difteriche, ulcerose, in certi catarri, ecc. limitandomi all'uso di esso quale nervino, quale agente precipuo per assimilazione sul sistema nervoso, debbo accennare da prima, la sua applicazione alla cura dell'atassia muscolare locomotrice progressiva, il che aveva richiamato tutta l'attenzione e tutte le più belle speranze dei medici pratici.

Il ch. prof. *Wunderlich* da prima fece conoscere nell'*Archiv der Hellkunde* di *C. Wagner* a Lipsia nel 1861, che essendo stato assai soddisfatto dell'amministrazione del nitrato d'argento in un caso di paralisi isterica, volle sperimentarlo nella *tabes dorsalis* di *Romberg* o come egli dice nelle *paralisi spinali progressive* e riporta parecchie osservazioni ove il corso della malattia sembra essere stato assai bene modificato e avvantaggiato. Quindi i dott. *Charcot* e *Vulpian* nell'anno appresso pubblicarono nell'*Archiv géné. de Med.* aout. p. 230 i risultamenti che avevano ottenuto alla Salpètriere di Parigi ripetendo i tentativi fatti da *Wunderlich*, affermando che con quel farmaco potevasi conseguire in molti casi di atassia locomotrice un notabile ed anche durevole miglioramento.

A richiamare sempre più l'attenzione dei pratici a questa medicatura, oltre i fatti ora citati, concorse potentemente il giudizio della I. Accademia di Medicina di Parigi la quale in quel torno di tempo instituiva esame per la distribuzione del premio fondato dal *Barone Barbier* destinato per chi fa scoperta di mezzi completi di guarigione per malattie riconosciute il più spesso incurabili fin ad ora come la rabbia, il cancro, il colera ecc. E dopo avere dichiarato di non potere accordare ad alcuno il premio promesso, ma che valendosi della facoltà di incoraggiare chi senza avere raggiunto lo scopo indicato dal programma se ne fosse avvicinato, e considerando (1) che questa malattia, l'atassia muscolare non ha dato fin qui

(1) Memoires de l'Accadémie Impèriale de Médecine de Paris Tom. 26 pag. XLIII.

al medico che lo spettacolo di una fatale e rapida decadenza, assegnava ai dott. *Charcot* e *Vulpian* il premio d'incoraggiamento di Franchi 1000, quantunque riconoscesse che l'idea prima di questa medela appartiene al prof. *Wunderlich*; colla quale ricompensa invitava ed eccitava i premiati a proseguire le loro ricerche.

In contemplazione di questi fatti e di tali circostanze era ben naturale, anzi dovere, che i medici facessero buon viso alla proposta medela, e chi aveva l'occasione dello esperimento e si trovasse alle prese con un morbo che reca tanti incomodi e sofferenze non esitasse a farne prova. Ed io pure non mancai tosto di sottoporre a questa cura quei malati di atassia locomotrice progressiva che trovavansi o furono ammessi nella mia sezione allo Spedale Maggiore e non furon pochi, avuto riguardo alla non frequenza di questo morbo, e in una scala abbastanza estesa ebbi campo di constatare il valore di essa ed essere condotto a quelle medesime conclusioni cui giunsero il *Trousseau*, il *Galligo* e tanti altri: che cioè assai limitato è il vantaggio che da essa si consegue, che pochi sono i casi in cui si ottiene un qualche miglioramento e questo spesissimo è di breve durata, quantunque io abbia proseguito l'uso di quel farmaco per mesi e mesi ed abbia spinta la dose a più di venti centigrammi per giorno, producendosi in alcuni un colorito ardesiaco della cute, della faccia, e delle mani assai intenso.

Nel mentre ch'io era intanto a questo esperimento, anzi quando uno degli infermi ad essa sottoposto offriva alcuni dati di miglioramento e quindi io era indotto ad ammettere e constatare che il nitrato d'argento introdotto per le vie digestive nell'organismo spiega un'azione medicamentosa sul sistema nervoso, e assai probabilmente sul midollo spinale, mi venne in pensiero di sottoporre a questa stessa cura un uomo affetto di atrofia muscolare progressiva nel quale da circa cinque mesi si erano invano esperimentati vari mezzi terapeuti-

ci, accarezzando io l'opinione di coloro che ammettono la sede o meglio la condizione morbosa di questa forma di malattia non già nei muscoli che si presentano atrofizzati per degenerazione grassosa, ma che questa degenerazione sia una conseguenza di uno stato morboso dei nervi ed in ispecie del midollo spinale.

Quale sia stato l'esito di questo tentativo, quali le deduzioni e conseguenze che da questo ne colsi ve lo diranno le seguenti osservazioni che vengo a riferirvi.

Osservazione 1.ª Nel 14 Marzo 1862 veniva ammesso nello Spedale Maggiore, e nella Sezione a me affidata, certo Raffaele Samoggia d'anni 50, di statura mediocre, nativo di Castenaso e che quasi sempre aveva dimorato in campagna esercitando diversi mestieri, l'oste, il salsamentario, il caffettiere, il macellajo; mestiere questo che tuttora fa. Nacque da sani e robusti genitori morti per malattie accidentali, il padre per male di urina ei dice, la madre per pneumonite. Ei non ebbe malattia di rilevanza tranne una febbre tifoide or son venti anni, ebbe pure una volta scolo blennoragico, bubboni ed ulceri, ma niun altra successione sifilitica. Ha abusato assai nell'uso del vino ed in ispecie di liquori spiritosi, come anche alquanto nei piaceri di venere. È uomo energico, intraprendente, ed ha patito molte e gravi alternative di buona ed avversa fortuna; poco prima di ammalare provò forte passione erotica che fu ricambiata con molta ingratitudine, il che gli riescì di grave rammarico a lungo duraturo.

I primi indizi ch'egli ebbe della malattia che lo prese alle gambe furono sensazione come di piccole punture a guisa di puntura di spille alla pianta dei piedi e ciò accadde nell'autunno dell'anno 1861, poscia provò qualche impedimento nell'andare e poscia camminava barcolando, infine non potè più reggersi sulle gambe.

Nel Gennajo del 1862 ebbe a soffrire di una bronchite catarrale acuta che lo costrinse stabilmente al letto e venne

medicato dall' esimio nostro collega dott. *Canuto Canuti*; finalmente alla metà di Marzo, convalescente e dirò anzi guarito del catarro bronchiale, ma d' assai peggiorato nella facoltà motrice delle gambe, ricorse e venne ammesso allo Spedale come già ho detto.

Nulla di anormale presentavano le funzioni del circolo, del respiro, della digestione; la nutrizione della cute e del tessuto sottocutaneo era sufficientemente buona, v' era integrità delle facoltà della mente, e dei sensi esterni, affatto normale l' emissione delle urine e delle feci. Gli arti inferiori mostravano d' essere sensibili e conservavasi normale ancora la sensibilità tattile, ma ciò che richiamava l' attenzione era lo stato della musculatura; quasi tutti i muscoli delle gambe erano atrofici, e non sentivasi che la guaina d' ognuno assai bene distinta, tale era specialmente il soleo, i gastrocnemi, il flessor lungo, il peroneo ecc. questi muscoli sebbene così alterati rispondevano in qualche guisa allo stimolo dell' elettricità tentata colla faradizzazione. V' era di più una circostanza degna di speciale annotazione; le dita del piede destro erano forzatamente piegate in basso e mostravasi una sensibile retrazione dei tendini flessori delle dita, invece il piede sinistro e le dita erano piegate in su per una stabile retrazione tensiva. Per tal modo gli arti erano assottigliati a modo da non dare al polpaccio che una circonferenza di 18 centimetri. Le mani ancora avevano subìto qualche alterazione: le eminenze thenar e ipotenar eransi abbassate, anzi nella destra scomparse affatte e con facilità si distingueva l' atrofia che avevano patito i muscoli che le formano; in questa mano pure era pronunziata l' atrofia dei muscoli interossei dorsali. Questo uomo era ridotto ad uno stato molto compassionevole, egli era obbligato al letto di continuo, giacchè le gambe non gli servivono minimamente; ed anche le mani erano ridotte a tale mancanza di forza che quasi a nulla gli davano ajuto, ed era perfino costretto che una mano amica e benefica gli portasse il cibo alla bocca.

Dall' esame risultava chiaro che quella specie di paralisi che v'era agli arti inferiori non dipendeva che dallo stato di atrofia muscolare e non già da malattia del cervello o del midollo spinale, e quindi per me era più che evidente la diagnosi di *Atrofia muscolare progressiva primitiva*, quindi la prognosi infausta.

Da prima dando molto valore ad una delle cause accennate, cioè all' abuso degli alcoolici, dubitai che questo male potesse essere una delle forme con cui presentasi il proteiforme alcoolismo e per qualche tempo amministrai l'oppio, ma non vedendone alcun utile, ma piuttosto qualche disturbo il lasciai, e ricorsi all' olio di fegato di merluzzo fosforato per dare un medicamento che nello stesso tempo che provvedeva alla nutrizione, eccitasse e stimolasse i nervi; ma dopo un mese essendo assai poco tollerato e non vedendone alcun prò, anzi essendovi aggravamento nel male se ne tralasciò l'uso, e così pure fu della faradizzazione.

Fu appunto dopo questi infruttuosi tentativi e scorgendo l'aggravamento del male che nel 25 Aprile 1862 ricorsi come vi ho detto poco fa allo esperimento del nitrato d'argento, incominciando da un centigrammo per giorno diviso in due pillole fatte coll' amido e l'estratto di camomilla; furono praticate ancora delle frizioni col linimento del Pringle agli arti inferiori; frizioni che il malato faceva con molta insistenza e fiducia. In seguito la dose del nitrato fu portata a due centigrammi e dopo un mese presentavasi un qualche miglioramento, ma l'infermo per suoi particolari bisogni e della famiglia volle lasciare lo Spedale e ne uscì il 26 maggio.

Non appena fu tornato in famiglia che tosto divenne più malato di prima, ebbe febbre, dolore di capo e sintomi di reumatismo articolare acuto, per cui il 4 Giugno tornò di nuovo a noi, e per questa complicazione fu tenuto in cura per circa venti giorni con bevande refrigeranti, ed in ispecie usando del bicarbonato di soda. Il 23 Giugno essendo i sintomi del-

l'atrofia muscolare come prima, tornammo all'uso del nitrato di argento alla dose di 15 milligrammi ed in questa medela proseguimmo per tredici mesi e mezzo senza che alcuna accidentalità venisse ad interromperla e giunsi gradatamente fino a 20 centigr. per giorno anche per secondare le vive istanze che ogni giorno mi porgeva l'infermo che dagli effetti ottenuti sempre più si teneva sicuro della guarigione mercè questo medicamento.

E diffatti con questa sola medela si ottenne direi quasi una completa guarigione, i muscoli a poco a poco si rinutrirono, i tendini ratratti senza altro espediente si distesero, perchè quantunque tentato un qualche mezzo ortopedico non venne minimamente tollerato; i polpacci delle gambe tornarono come prima e della circonferenza di 32, 34 centimetri. L'infermo potè reggersi sulle gambe, e camminare prima colle gruccie, poi con appoggio del solo bastone, e finalmente fu libero affatto da ogni impedimento ed uscì dallo Spedale il 5 Luglio 1863 con maraviglia di tutti quelli che lo avevano veduto, assolutamente e completamente guarito, come possono confermare molti testimoni e fra gli altri i due nostri distinti Colleghi qui presenti i Signori Dottori *Canuti* e *Rasi*. Tornò poscia all'esercizio del suo mestiere e dopo non molto avendo intrapreso un industria esercitata lungi dalla sua abitazione 4, a 5 Kilometri, faceva ogni giorno a piedi e quasi direi di corsa questo viaggio di andata e ritorno, e fin qui ha goduto sempre di ottima salute. Solamente nell'agosto decorso si è accorto di qualche difficoltà e facile stanchezza dopo fatiche nelle gambe, le quali mi sembrarono meno sode di prima; riprese per un mese circa il nitrato ed ora è tornato quale di prima. Non debbo tacere che la faccia e le mani hanno acquistato un colore bronzino assai intenso, che tuttora si conserva, e che si fece più manifesto dopo lasciato l'uso del nitrato e quando si espose all'aria libera ed ai raggi del sole.

Osservazione 2.ª Sui primi di Giugno 1864 da S. Angelo

in Lizzola venivami a consultare per una infermità che da anni lo travagliava il Sacerdote Don Antonio Marcolini, d'anni 42, inviatomi dall'illustrissimo Sig. Dott. *Pirro Manzoni* Medico condotto di quel paese. Era desso accompagnato da una lettera consultiva di questi, dalla quale rilevai la seguente storia anamnestica.

Nacque l'infermo da genitori di non troppo lodevole costituzione, essendo il padre morto di 60 anni per idrope acuta, la madre di marasmo. Dotato l'infermo di temperamento linfatico-nervoso superò felicemente le malattie infantili, però nella giovinezza andò soggetto a diversi tumori freddi; nell'età di 20 anni senza cagione cognita ebbe forte indebolimento della facoltà visiva che lo tenne in qualche timore, ma ne guarì in breve dopo essersi sottoposto all'applicazione di un vescicante alla nuca e all'ingestione del decotto di china per più giorni.

Nell'anno 1858 dopo forti dispiaceri di famiglia fu preso da rimarchevole indebolimento delle forze motrici dell'arto inferiore sinistro manifestantesi solo dopo avere camminato e che spariva col solo riposo di pochi minuti. Due anni dopo ciò aumentò, ed avvertì sensazioni di freddo ad ambi gli arti e fu curato colla china e vescicanti e ne ebbe solo lieve vantaggio. Nella primavera dell'anno 1863 aumentarono le difficoltà nell'incedere dell'arto inferiore destro, provò pure qualche difficoltà nel braccio, ma più nella mano corrispondente, sentì qualche volta dolore all'articolazione ileo femorale e qualche scossa convulsiva a tutto l'arto affetto; ebbe pure più volte un'eruzione di foruncoli al dorso. Varie cure eran state messe a prova, l'infuso d'arnica, vescicanti, segala cornuta ecc.

Quando mi si presentò non mi fu dato riscontrare alcun sintoma di malattia cerebrale o spinale che mi spiegasse la difficoltà di movimento dell'arto inferiore, invece trovai che i muscoli della gamba, il soleo ed il gastrocnemio erano in uno stato di atrofia, in complesso sentivansi assai rilasciate le masse muscolari della gamba, e qualche poco quelle della coscia ancora.

L'arto superiore mostrava nella mano l'appianamento delle eminenze thenar e ipotenar e assai floscie le carni dell'antibraccio.

Consigliai, dietro il concetto formatomi di una atrofia muscolare progressiva, l'uso allo interno del nitrato d'argento, aspersioni fredde, ed anche la faradizzazione.

In quest'anno tornato l'infermo dopo avere fatto uso a lungo del nitrato d'argento fino alla dose di due grani e mezzo per giorno, e delle aspersioni fredde, lo trovai assai migliorato nelle facoltà di camminare e l'ho veduto sostenere passeggiate assai lunghe senza stancarsi; però il suo incedere non era ancor libero, ma ciò che mi sorprese fu lo stato di nutrizione dei muscoli i quali erano tornati come prima e come quelli dell'altro arto. E l'esimio collega dott. *Francesco Roncati* che chiamato a consulto meco visitava l'infermo e indagava la ragione dell'impedimento al libero moto degli arti, esclusa ogni alterazione cerebro-spinale ne riconosceva come causa i resti dell'atrofia muscolare progressiva, della quale allora non se ne avevano segni obbjettivi assai manifesti.

Era già stato sottoposto alla faradizzazione per circa un mese, ma d'unanime parere gli consigliammo di continuare nell'uso del nitrato d'argento dal quale si era ottenuto un risultato da dirsi meraviglioso e tale certamente lo avrà ritenuto l'illustre collega se ha giudicato di fare onorevole menzione di questa mia proposta nell'opera che ha non ha guari pubblicata. (1)

Osservazione 3.ª Nella primavera dell'anno 1863 fui richiesto di consiglio medico da una egregia signora di circa 70 anni, assai pingue, piccola di statura, che ha avuta una salute abbastanza buona; donna che ha condotta una vita casalinga, e di poco moto, da qualche anno affidato avendo alle figlie il régime domestico della famiglia se ne sta quasi sempre

---

(1) Indirizzo alla Diagnosi nelle malattie del petto del ventre e del sistema nervoso. Bologna 1865 p. 670.

seduta al lavoro, ed in ispecie al lavoro della calzetta. Da qualche tempo provava una rilevante difficoltà nei movimenti della mano destra nell' eseguire quel lavoro e di spesso i ferri non infilavano i capi, le cadevano, insomma la mano non le serviva più a dovere.

Esaminata attentamente trovai normali le due sensibilità e assai palese mi si mostrò l' appianamento delle eminenze thenar e ipotenar, la floscezza dei muscoli che le compongono, l' assottigliamento e la floscezza dei muscoli dorsali. In qualche minor grado analogo mi parve pure riscontrare lo stato della mano sinistra. Era qui pure chiara la diagnosi di atrofia muscolare progressiva.

Sottoposi l' inferma all' uso del nitrato d' argento, ad un centigrammo per giorno diviso in due pillole; e tale rimedio sempre ad egual dose l' ho continuato per più di un anno, e la signora ha ripreso il suo esercizio, i muscoli atrofizzati si sono alquanto nutriti, e mi ha sembrato che valutate le cattive condizioni di essa, in ispecie l' età assai inoltrata, siasi ottenuto non solamente l'arresto della progressione del male, ma un miglioramento tale, degno d' essere registrato a dimostrazione della mia tesi.

Ecco o colleghi prestantissimi gli effetti che ho ottenuto dall' uso del nitrato d' argento nei soli tre casi di atrofia muscolare progressiva primitiva nei quali l' ho sperimentato, e questi effetti mi sembrano tali da meritare la vostra considerazione ed i vostri studi, non solamente perchè dessi porterebbero al trovato di una medela efficace in una malattia tenuta insanabile, ma perchè potrebbero forse condurre a mostrare che il nitrato d' argento spiega la sua possa medicatrice sul sistema nervoso e quindi utilissimo in molte nevrosi, e potrebber fors' anche somministrare un' argomento di più a *Cruveilhier*, a *Remark* per sostenere la loro tesi che: l' atrofia muscolare progressiva derivi da un processo morboso dei centri nervosi, e non consista, come vogliono *Malmsten*, *Oppolzer* e tanti al-

tri in una primitiva affezione del tessuto muscolare. Ma lo scopo di questa mia lettura accademica non è di discutere sul processo morboso di questa malattia innanzi a Voi, ma di comunicarvi la speranza che nutro di avere contro questo morbo, ritenuto insanabile, trovato una efficace medela.

Anomalia nell' esito di Vaccinazioni; Nota del soc. res. dott. *Canuto Canuti* Conservatore del Vaccino in Bologna.

Nella Vaccinazione pubblica del 15 Agosto scorso, procedutosi alla vérifica degl' innesti eseguiti il giorno 8, recò sorpresa e dolore trovare quei colla linfa d' un dato vaccinifero (per buona sorte solamente cinque), in singolar modo alterati. Non scorgevansi che pustole quasi del tutto sformate, e soprafatte da croste di varia estensione e grossezza, color giallo scuro, con escoriazioni ed esulcerazioni trapellanti molta sierosità. Qualche bambino presentava ancora pustole illese, ma poche, ed inoltre, o piccole, o all' opposto, d' un volume assai superiore all' ordinario, e queste ridondanti di linfa limpida e trasparente, piatte però e depresse nel centro. Qualmente risultasse la condizione delle pustole, ciò che fissava di preferenza l' attenzione, erano i guasti suddetti occupanti più o meno la situazione del braccio ove praticansi gl' innesti vaccinici.

Lo strano fenomeno impegnava di per se alla ricerca della sua causa, e quindi dal Vice-Conservatore del Vaccino Dott. *Rasi*, dal Dott. *Soverini*, e dallo scrivente, s' impresero minute indagini a carico del soggetto che aveva somministrato la materia vaccina, non che intorno a quello da cui egli avevala attinta (Antonio Dalla Vista).

Nè nell' uno, nè nell' altro la vaccinazione aveva presentato la minima irregolarità, e si poteva andar sicuri, per l' esame delle famiglie, della esclusione di celtico inquinamento.

Solo vennesi in chiaro che la bambina Geltrude Bonsi di sei mesi, che aveva fornito il vaccino ai suddetti cinque individui, appena giunta alla propria casa era stata presa da febbre, ed in breve assalita da morbillo grave. In essa le pustole vacciniche non subirono alterazione alcuna, forse perchè sviluppatesi prima che agisse il contagio morbilloso.

Le madri dei bambini, ne' quali notavasi la descritta anomalia, asserivano che sin dal primo giorno dell' innesto essi avevano manifestata febbre, e le punture vacciniche erano state susseguite sollecitamente dalle pustole; che nella 6.ª giornata mostraronsi in genere molto allargate e piene d'umore, conservando nullameno la depressione centrale. Dalla loro rottura poi scaturendo buona copia di detto umore, n'erano così venute le croste ed ulcerazioni.

Verso la fine della seconda settimana il trapelamento sieroso facendosi purulento, le croste s'ingrossarono notevolmente, ed in alcuni bambini si unirono pressocchè in una sola, irregolare, nerastra.

In pari tempo le ulcerazioni, in altri soggetti, viddersi profonde e come tagliate a picco. Lo scrivente invitò allora il distinto sifilografo Prof. *Gamberini* ad osservare i malati, e questi atteso il carattere assunto dalle ulceri, emise giudizio, riservato, anzicchè no.

Avventuratamente nello spazio d'un mese (li 14 Settembre) ebbero termine tutte le suddette alterazioni, e cessarono affatto i timori di grave inquinamento. Le croste caddero senza lasciare cicatrici di sorta. I bambini non mostrarono mai di patire nel loro generale. In niun' altra parte sorsero in essi fenomeni consimili a quelli delle braccia; le madri nell' allattarli non ne risentirono alcun pregiudizio; le guarigioni avvennero naturalmente.

Non pretermetto che, mentre si facevano osservare le designate lesioni, qualche macchietta rossa vedevasi attorno le medesime, ed anche per il corpo.

Sarà stato l'elemento morbilloso congiunto al principio vaccinico il fomite delle discorse alterazioni? Altra spiegazione non sembra ammissibile.

Si è negata la trasmissione del morbillo mediante la vaccinazione — (Gensana ecc.) Ma l'osservazione attuale potrebbe addimandare contraria sentenza.

Il fatto più particolare nell'anomalia esposta è, a mio avviso, l'esuberanza dell'umore verificatosi in alcune pustole, ed il largo profluvio di sierosità dalle sopraggiunte esulcerazioni, il quale fatto potrebbe connettersi coll'altro delle facili edemazie nel corso della febbre morbillosa, in relazione probabilmente alla specialità dei prodromi catarrali di essa.

Un ultima ispezione, (4 Ottobre) 20 giorni circa dopo la scomparsa delle alterazioni predette, mostrò non esser punto cangiato lo stato della più perfetta incolumità.

Estrazione d'una metà dell' Ulna, e di due grossi Pessari l'uno di gomma elastica, e l'altro di cera ecc. Racconti del soc. res. dott. *Gio. Batt. Baravelli.*

Fra le mie carte, o meglio scartafacci, ove vado notando tuttociò che trovo di rimarchevole nell'esercizio di mia professione, ho rinvenuti alcuni fattarelli, che ho creduti non del tutto immeritevoli d'essere descritti, e formarne oggetto di una breve lettura in questa Seduta Scientifica della nostra Medica Società. I fatti che ora vengo a narrarvi, o Colleghi Pregiatissimi, entrano fra i comuni, ma sebben tali, hanno la loro parte interessante ed utile alla Scienza, da poterne perciò tenere parola, e farvene un semplice e genuino racconto. Trattasi nel 1.° della estrazione d'una metà dell' Ulna dell'avambraccio d'un giovane contadino, e negl'altri, di due grossi Pessari, uno di Gomma elastica, e l'altro

di cera, rimasti in vagina non pochi anni consecutivi, e da me estratti. Nella descrizione di questi, e che or ora farò, vi si scorgeranno particolarità interessanti, che Voi pure giudicherete, spero, meritevoli d' essere notate.

Alli 10 Maggio del 1863, un mio Collega ed amico, dott. *Altobelli*, mi condusse un giovinetto, d' anni 17 per nome Massimo, del vivente Giambattista Roda, contadino, dimorante in San Giorgio delle Varignane, dicendomi che il suddetto nel Marzo antecedente aveva riportata una puntura nel dito medio della mano destra, da uno spino; puntura in apparenza sì lieve, ch' egli stesso per nulla curò, attendendo a faticare egualmente ne' di lui lavori campestri; ma passati alcuni giorni, quel dito si fece sì dolente e gonfio, che ne nacque un terribile flemmone, il quale si estese a tutta la mano, avambraccio, braccio e perfino si diffuse alla corrispondente spalla. Fu curato, mi disse, colla dovuta attività, fu fatta a tempo debito un' apertura circa al terzo inferiore ed esterno dell' antibraccio, corrispondente cioè all' Ulna, per dare esito ad una quantità di materie, che vi si erano raccolte, e che essendo trascorso dopo il taglio un buon mese, e non vedendo miglioramenti di sorta, ed avendo invece riscontrata carie profonda nell' osso sottoposto alla praticata apertura, lo aveva a me diretto, per un qualche utile consiglio, per decidere ancora, se era caso da amputazione, come alcuni altri si erano espressi, e per sentire in ultimo, se io ne avessi assunta la cura. Sebbene io abbia rinunziato quasi affatto all' esercizio della Chirurgia, non tanto per essere innoltrato in età, come per la vista, che nelle delicate, e minute operazioni, non mi servirebbe abbastanza bene, pure per le vive istanze fattemi dovetti accettarla, ed esposi opportune ragioni, per non crederlo certamente allora caso da amputare. Fu quindi collocato l' infermo a dozzina, ed in una casa a me abbastanza comoda, per poterlo a mio bell' agio visitare e rivisitare. Eseguito il dovuto esame trovai, che l' avambraccio era enormemente gonfio e pesante,

ma più per inzuppamento edematoso effetto del troppo lungo uso degl' empiastri, che per esistente o viva infiammazione. Feci tosto sospendere quelli e passai invece ad una moderata fasciatura che dalle dita della mano si portasse fino sul braccio, comprendendone tutta la gonfiezza, e così seguitai per alcuni giorni; con tale compressione, in pochi dì la enorme enfiaggione scomparve, divenendo anzi quell' arto malato più sottile del sano. In tale stato mi fu molto più facile la esplorazione, e quindi più esatta e sicura mi riescì la diagnosi. Riscontrai io pure collo specillo carie nell' osso indicato, che lo trapassava da parte a parte, e vidi al terzo superiore dell' Ulna verso il cubito una certa infossatura; gl' integumenti un poco assottigliati, e lividi, assai dolenti, e credetti di non errare, supponendo che qui pure l' osso potesse essere alterato in causa delle materie, che come imparai, vi dimorarono lungamente. Introdotto lo specillo per la esistente apertura, potei con facilità farlo percorrere tutto paralellamente all' Ulna per un seno che esisteva, ed in direzione di quel punto preciso, ove io già riteneva fossevi altra carie ossea, che non mi fu possibile così di riscontrarla. Diveniva perciò indispensabile; o dilatare quel seno, o farvi per lo meno una controapertura, ma il mio giovane malato non voleva sapere ad ogni costo di Bistouri. Pensai allora di servirmi della Potassa caustica, per formarvi un' escara, ed ottenere egualmente una controapertura, alla qual cosa l' infermo vi si addattò con tutta pace.

Ottenni difatti, un' escara abbastanza larga e profonda da potere benissimo, appena scorse 24 ore, trappassarla collo specillo, e così riscontrare la carie, che aveva già presupposto esistere anche in questo punto.

Provai a far leva all' osso, ora da una parte, ora dall' altra, ma senza effetto, ed allora pensai di far passare da un foro all' altro, un robusto refe, a guisa di settone, e potei pervenirvi, introducendo prima una corda da violino, scortata per un buon tratto dalla scanalatura d' una Tenta, e quella mi ser-

vì di guida, per passarvi il refe, le estremità del quale annodai assieme, e stringendo a poco a poco, ed ogni giorno il laccio, si arrivó gradatamente, ed insensibilmente a troncare tutte le carni, che esistevano fra una apertura e l'altra ed in brevissimo tempo. Così potei dominare tutto il pezzo d'osso cariato, ed isolato, ma non lo levai in quel momento pe' non pochi attacchi ch' egli aveva col periostio, che mi premeva troppo di conservare più che avessi potuto, e non feci perciò che togliere quelle briglie esterne che trovai, e col solo specillo snuclearlo, ed isolarlo più che mi fu possibile, lasciando compiere il distacco totale alla natura. Non passarono infatti due o tre giorni, che il malato stesso, ed a mia insaputa, seppe levarselo colle proprie dita e portarmelo al mio recapito alla Farmacia de' Servi. Osso, o Colleghi stimatissimi, che ora ho il piacere di presentarvi. Desso è lungo centimetri 14 e corrisponde alla metà precisa dell' Ulna d'un ragazzo, dell' età del nostro infermo, misurata, e confrontata con altra dal nostro Chiarissimo ed Illustre Anatomico Prof. Cav. *Luigi Calori.* Poche filaccia ora unte, ed ora asciutte, una pezza, ed una fascia costituirono la consecutiva e giornaliera medicatura, che durò ben poco, perchè assai presto, e stabilmente la piaga si cicatrizzò. Sono ora scorsi dalla guarigione assai più di due anni, ed avendo più volte veduto, e riveduto questo ragazzo, ed anche tre giorni or sono, posso dirvi che trovasi sano, e robusto, e non solo, ma coll' Ulna riprodotta, ed in modo, che già da gran tempo sostiene tutte le maggiori fatiche, che possa sostenere qualunque altro lavoratore di terreno.

Nella descrizione che vi ho fatta, avrete già notate specialmente le seguenti cose, e cioè: il vantaggio che ricavai dal sospendere l'uso degli empiastri, cosa che gli esercenti, specialmente giovani, dovrebbero sempre ricordarsi, e che vinta una volta l'acutezza infiammatoria, quelli saranno sempre non solo inutili, ma dannosi: che colla sola compressione moderata fatta colla fasciatura, scomparve in pochi dì tanta gon-

fiezza: che per compiacere l'infermo, ripiegai convenientemente colla potassa caustica e col refe, invece di servirmi del bistori: ed infine per avere così rispettato il periostio, ne ottenni una pronta riproduzione ossea. Idea già questa molto antica, ma che sarà sempre pure ben fatto andar rammentando.

Non voglio ora certamente narrarvi una lunga serie di fatti di tale natura, e neppure quelli soltanto che sono a mia cognizione, perchè troppo anderei per le lunghe; mi limiterò a dirvi solo, che fin dal 1848 feci la risecazione del radio ed appunto perchè ebbi l'avvertenza d'isolarlo dal periostio, ne ottenni una sollecita e perfetta riproduzione. (Vedi Bullett. Medico Serie III. Vol. 5.)

Accennerò da ultimo che se volessi enumerare tutte le ossa estratte ad una ad una, ed in individui diversi, dal solo nostro ch. Presidente, comm. prof. *Francesco Rizzoli*, e che ora sono già riprodotte, vedreste che non molte ne mancherebbero a costituire quasi uno scheletro umano, perchè porzioni di clavicole, di radio, d'ulna, di sterno, di costole, d'omero, femore, tibia e quasi tutta la fibola ecc. ecc. e la più singolare poi fra le tante (come ben sapete) fu la estrazione sottoperiostea di tutta quanta la mascella inferiore, che nel modo il più ammirabile si riprodusse, e con tanta robustezza, da potere presentemente quell'individuo masticare, come masticherebbe qualunque altra persona alla quale non mancassero che li soli denti. Questo fatto anzi Gli servì d'argomento per una Memoria, che lesse all'Accademia delle Scienze del nostro Istituto alli 20 Novembre del 1863, e che ottenne già li meritati e dovuti onori. Termino o Colleghi sapientissimi questo primo racconto, e spero che avrete già conosciuto, che sebbene in questo caso mi sia servito di ripieghi, non mi sono però punto allontanato dai precetti dell'arte, ed ho ottenuto egualmente una pronta e perfetta guarigione.

Dopo ciò passo a descrivervi le storielle dei Pessari. Sono passati circa 4 anni, dacchè venni invitato da mio fratello

dott. *Gaetano*, Medico Chirurgo egli pure, a portarmi in di lui compagnia, a visitare certa Claudia Scorzoni ved. Casini, d'anni 67, abitante allora in via Santa, ed ultimamente in Broccaindosso al N.° 735, che aveva, a suo dire, in vagina un grosso Pessario, da non potersi più estrarre, e che la infastidiva in modo, da non essere più capace di fare liberamente anche pochi passi nella di lei abitazione, oltre poi le molestie, e dolorose sensazioni che di continuo le faceva provare.

La stessa mi narrò pure, che per un prolasso uterino piuttosto vistoso, le furono in più volte introdotti non so quanti Pessari di gomma elastica di varia grandezza; ed avendo il di lei chirurgo conosciuta la loro insufficienza, ed invalidità a mantenerli in posto, pensò d'introdurvene un altro ben grosso, e che dovette molto stentare a farlo entrare. Oltre li dolori che provò la povera paziente nella introduzione, e quelli che soffriva in seguito, e che aumentavano di giorno in giorno, la costrinsero a richiamare quel Chirurgo, e pregarlo a venirne tosto alla estrazione. Questi appena accorso, cominciò a tirare per un cordoncino, che a bella posta vi aveva adattato, ma il cordoncino si troncò, e per quante manovre facesse in seguito non gli fu più possibile d'averlo. Passarono giorni, settimane, e mesi, ed altri nuovi e ripetuti tentativi riescirono sempre infruttuosi, per cui la donna perdendo la speranza d'essere liberata, dimise ogni pensiero di sottoporsi più oltre a nuove prove. In questo stato, ben poco, anzi tutt'altro che consolante, scorsero niente meno che 4 anni, ed insorsero in seguito, oltre i soliti mali, gravi difficoltà nell'emettere le urine, e le feci, e pe' premiti e sforzi, che ogni volta era costretta di fare, le accadde per aggiunta anche un prolasso intestinale, da arrecarle questo pure non lievi incomodi. Perciò si risolse di ricorrere di nuovo ad altre persone dell'arte per vedere pure d'essere liberata una volta da quel corpo estraneo, causa permanente di tanti malanni. Vari altri Chirurgi dunque la visitarono, e fra questi fu chiamato il sunnominato mio

fratello, che volle farmela vedere, e sentire un mio consiglio. Passai alla esplorazione, e trovai di fatti un corpo duro, resistente, rotondo, voluminoso, avente nel centro una specie d'incavo rotondo da rassomigliarlo realmente ad un Pessario a ciambella; ma non mi pareva nudo, sembrava coperto da membrane, e pensando a questo, e ad alcune difficoltà affacciate da altri miei Colleghi, nulla volli dire sul momento, e mi riservai di dare un giudizio più positivo dopo averla riveduta, ed esplorata di nuovo. La rividi dopo pochi giorni, e per mia buona fortuna mi vi trovai col ch. nostro Anatomico cav. prof. *Luigi Calori*, e col mio fratello suddetto. Fu messa la donna alla sponda del letto colle coscie divaricate, ed introdotto l'indice della mano destra in vagina, potei insinuarlo tanto, e girarlo in vari modi, che mi fu dato di sentire a nudo il Pessario, come fu ciò constatato anche dal sullodato professore potendo anzi Egli stesso smuoverlo un poco col di lui dito. Io volli poscia introdurre l'apice del mio indice nel foro del pessario, ma provai molto stento a penetrarvi, perchè quasi chiuso da un intonaco sì denso e resistente, che non mi permetteva il libero passaggio, ma girando il dito, e spingendolo a guisa di un trivello, potè entrarvi, e piegandolo allora ad uncino, e tirandolo colla dovuta forza, ed adagio adagio ne eseguii la totale estrazione. Quel pessario era in circonferenza, appena estratto, centimetri 34 ed ora lavato e ripulito dal grosso e duro intonaco, e raggrinzito pure nel diseccarsi, non è rimasto, che di soli centimetri 28, come potrete ora, nel presentarvelo, osservarlo a piacimento.

Questo corpo pel lunghissimo di lui soggiorno in vagina, si era infossato, e nascosto, come in una nicchia circolare; la mucosa vaginale si era rialzata ne' contorni, che lo ricopriva con una tale esattezza da ritenerlo, come parvemi nella prima esplorazione, coperto da una membrana.

Ora verrò alla descizione dell' altro fatto.

A Casola Valsenia, molti anni sono, e cioè fin da quando

mi trovava colà in qualilà di Medico Chirurgo condotto, fui chiamato da una contadina, di cui ora non rammento il nome; so che aveva circa 40 anni, e mi dissero che era affetta da dolori d'utero, e da Metrorragia, e ciò da non pochi mesi.

Fatte le dovute interrogazioni non mi fu dato di farmi un giusto criterio per diagnosticar bene, e credetti indispensabile passare ad una esplorazione, e così potei sentire da una parte sola del collo uterino, un corpo duro, assai ruvido, al pari d'un osso cariato; le chiesi, se un qualche corpo estraneo ella, a capriccio, fossesi introdotto, se un qualche Pessario le fosse stato messo, ma ogni risposta fu sempre negativa; il fatto sta, che in ogni modo procurai d'agire su quel corpo, e mi riescì colla punta del dito passarvi di dietro, ed uncinandolo, e tirandolo verso di me, andava cedendo con non molta difficoltà; la malata mi assicurava di non soffrire, ed in me cresceva il desiderio di sapere di quale natura poteva essere ciò che oramai era nelle mie mani. Finalmente compita la estrazione, viddi che questo pure era un grossissimo Pessario di cera, fatto anche questo a giambella, coperto in gran parte di grosse croste formatesi da muco concreto, e di una durezza calcarea, da farmi credere ch' io toccassi, come ho detto un osso cariato. Solo allora alla mia inferma sovvenne, che per un abbassamento d'utero, una Mammana glielo aveva introdotto, e che molti anni erano già passati, per cui lo aveva del tutto dimenticato.

Tanto nel primo come in questo caso nulla accadde, in fuori d'uno scolo fetentissimo d'umore rosso nerastro, che dopo pochi giorni cessò, e dietro alcune semplici iniezioni d'acqua di malva. Mi trattenni nel suddetto Paese anche pochi mesi dopo, ed in quel frattempo il Prolasso non era più ricomparso; in seguito poi non ne ebbi più notizie.

Della Casini poi dirò, avendola potuta tenerla sempre di vista, che per 2 anni consecutivi il di lei Utero si mantenne sempre nella sua naturale posizione, ma che in segnito pel molto

camminare, faticare ecc. tornò a poco a poco ad abbassarsi da arrivare fino al meato esterno della vulva, senza però arrecarle molestia alcuna.

Il prolasso intestinale, dopo rimesso, di frequente ricompariva, le suggerii anzi la cura radicale, ma troppo vi si oppose, ed abbandonai questo pensiero. In tutto questo tempo l'ho riveduta più volte, e da settuagenaria in poi godeva sufficiente salute, passeggiava, attendeva a di lei affari, tanto quanto poteva essere permesso ad una vecchia acciaccata dagli anni, e dai lunghi sofferti patimenti. Giorni sono fu colpita da apopplessia, per la quale ebbe fine la di lei vita.

Termino o Colleghi pregiatissimi col dirvi, che se li fatti descritti non vi fossero sembrati degni di una qualche attenzione, sono certo che avrete aggradito almeno il buon volere d'un vostro debole Collega; ed intanto per la tolleranza avuta siate ben certi di tutta la mia gratitudine.

TRADUZIONI

Anatomia Patologica. — Intorno le diverse specie di pneumoniti acute o croniche. Pel dott. V. Cornil. (Gazette des Hopitaux N. 107, 108 *).*

La struttura del polmone ci servirà di base alla classificazione delle diverse specie di pneumonite; ella sarà tanto semplice quanto la struttura medesima, e come nel polmone si trovano degli alveoli le di cui pareti sono formate da tessuto fibroso ed elastico pel quale passano i vasi, e di una superficie mucosa costituita da una membrana ialina (hyaline) ricoperta da alcune cellule epiteliali pavimentose, così le pneumoniti si potranno dividere in intra-vescicolari o parenchimatose, ed in extra-vescicolari, od interstiziali.

Esse possono essere acute o croniche, e comprendere le specie seguenti:

Pneumonite intravescicolare.	1.° La pneumonite acuta franca, lobulare o fibrinosa. 2.° La pneumonite catarrale, lobulare, acuta o cronica (caseosa).
Pneumonite intrastiziale.	3.° Acuta (rarissima). 4.° Cronica.

Quest' ultima comprende ella stessa un gran numero di varietà.

1.° Cominciamo dalla più comune, la pneumonite acuta, fibrinosa o croupale (Rokitansky).

È stata divisa in tre periodi: d' iperemia, d' epatizzazione rossa e grigia. Questo periodo d' iperemia semplice, senza epatizzazione, è ammessa piuttosto per analogia e per prove indirette, di quello che per una prova *de visu*; poichè se noi riscontriamo una iperemia semplice, noi non sappiamo se andrà a terminare in una epatizzazione fibrinosa, e se la riscontriamo attorno a masse epatizzate, non sappiamo se essa sia una lesione primitiva o secondaria. Attorno ai centri d' infiammazione, nel polmone come in tutti gli organi, si forma sempre una congestione sanguigna, una flussione collaterale intensa; in queste parti, oltre la circolazione più attiva, si trova, come sua conseguenza diretta, una formazione esagerata d' elementi cellulari nell' interno degli alveoli. É un fatto fisiologico costante che dove l' afflusso di sangue è maggiore del normale, sotto qualsiasi influenza, infiammazione, ostacolo meccanico della circolazione venosa ecc. le cellule dalla parte che ne sono la sede sono sempre in ipergenesi. Tornerò ben presto su questo punto studiando la congestione pulmonare isolata; per il momento ammetterò con tutti gli autori un primo stadio caratterizzato dalla congestione, ma senza averne la prova assoluta.

Nel secondo stadio, o d' epatizzazione rossa, il pulmone è tumefatto, solidificato: la sua superficie pleuritica è costantemente (insisto su questo punto) ricoperta di una pseudo-mem-

brana molle: la superficie della sezione è granulosa e rossa: il tessuto è friabile e cade al fondo dell'acqua.

Tali sono i caratteri dell'epatizzazione rossa, sui quali non insisterò maggiormente, perchè assai bene conosciuti; bramo solo far rimarcare che se si lava sotto un getto d'acqua questo tessuto per liberarlo dal sangue che cola dalla sua superficie, questa, da rossa che era, divien grigia, o grigia giallastra, di guisa che allora vi si potrebbe applicare il nome di epatizzazione grigia, sebbene, raschiando, non si ottenga che del liquido puriforme. Chiamarla epatizzazione grigia sarebbe una falsa interpretazione, poichè tal nome è stato riservato ai soli casi nei quali il taglio del polmone si ricopre tutto di pus.

Raschiando collo scalpello il taglio del polmone epatizzato, si ottengono dei piccoli grumi grigiastri granulosi, e se si aprono i bronchi sino alle loro ultime divisioni, vi si ritrovano usualmente dei coaguli grigi e molli che li riempiono più o meno completamente.

Questi piccoli grumi rappresentano l'ampiezza interna degli alveoli e dei gruppi d'alveoli che sono in continuità coi piccoli bronchi, come si può accertare guardandoli al microscopio con un piccolo ingrandimento.

Allora si veggono dei coaguli fibrinosi che hanno assunta la forma d'un piccolo bronco e di un gruppo di alveoli dove essi vanno a terminare.

La prova della sede del nuovo prodotto nell'interno degli alveoli si ha esaminando ad un tenue ingrandimento dei piccoli pezzetti di pulmone epatizzato tagliati allo stato fresco. Sopra simili tagli puossi assicurarsi che gli alveoli sono riempiuti e distesi dagli stessi coaguli. Le pareti degli alveoli non sono ispessite nella pneumonite acuta o lo sono appena; ispessimento dovuto in gran parte a ciò, che i vasi che passono per questi tagli sono turgidi e riempiuti di sangue.

I coaguli dell'interno dei bronchi e degli alveoli, come le false membrane della superficie pleuritica, presentano la stessa

struttura microscopica. Vi si è trovato della fibrina e dei globuli di pus e questo nelle masse in epatizzazione grigia recentissima, che non data certamente da 24 ore. Ciò che noi sappiamo della rapidità di formazione dei globuli di pus sulle superficie mucose ci dà spiegazione di questo fatto. Così, allorchè per un'impressione di freddo si starnuta, che la mucosa nasale divien umida e che incomincia una corizza, nelle prime goccie di sierosità limpida che scolano, si trova di già qualche leucocite. La stessa cosa succede nei pulmoni. Là, alla superficie pleuritica, negli alveoli e nei piccoli bronchi, questi elementi si formano rapidissimamente ed in quantità considerevole, nello stesso tempo che della fibrina è essudata dai vasi e si coagula sotto forma di piccoli filamenti cigliari che rinserrano i leucociti nelle loro reticelle.

Che si studino lacerandoli o cogli aghi o coi tagli, allo stato fresco ed indurito, sempre vi si trovano questi due elementi: fibrina e leucociti. Questi ultimi sono in numero meraviglioso se si pensa alla rapidità di loro formazione dal principio della pneumonite: essi sono attorniati da della fibrina coagulata come i globuli rossi in un grumo recente: sono ben dessi realmente dei leucociti, poichè nulla loro manca nè la loro grossezza, nè il loro aspetto granuloso, nè la loro reazione coll'acido acetico.

La fibrina ed i globuli del pus si dispongono irregolarmente negli alveoli e sotto forma di strati paralleli alla superficie della pleura.

Qui sorge una questione quanto interessante, altrettanto difficile a sciogliersi: come e d'onde vengono gli elementi di questi essudati? Sonvi dei fatti che sono certi e degli altri che sono ipotetici. Anzitutto è ben stabilito che i materiali solidi del sangue non si espandono ordinariamente nell'interno degli alveoli; ciò che lo prova è, che dopo aver induriti i pezzi ed averne fatte delle preparazioni col rasojo, non si trovano dei globuli rossi nell'interno degli alveoli polmonari. È poi sicu-

rissimo che dei leucociti nascono nell' interno delle cellule epiteliali preesistenti per formazione endogena.

Ma il numero delle cellule in formazione endogena è ristrettissimo comparativamente al numero infinito di leucociti, e la formazione endogena non può renderne ragione. Egli è difficile l' ammettere che le cellule epiteliali degli alveoli, tanto rade nello stato normale che la stessa loro esistenza è contestata da molti istologici, possano bastare a generare una tal moltitudine di elementi nuovi. D' altra parte egli è evidente che la fibrina trassuda a traverso le pareti dei capillari come i liquidi nutritivi (blastema) che servono a formare i leucociti. Perciò crediamo che questi elementi nascano e dall' interno delle cellule e da un blastema espanso al di fuori delle cellule stesse. Noi possiamo vedere nell' interno d' una cellula, la moltiplicazione dei nuclei per scissione; il loro passaggio allo stato di leucociti, la distensione, lo stato vescicolare delle cellule madri, contenenti sino a cinque e più leucociti: ma il modo di nascita di questi elementi nel blastema extra-cellulare, ci è ancora completamente ignoto.

Questa, del resto, è una questione di patologia generale che non entra direttamente nel mio soggetto.

Dagli schiarimenti dati mi sembra ben dimostrato che il secondo grado di pneumonite lobulare è caratterizzato da un' essudato fibrinoso-purulento negli alveoli, nei bronchi e nella superficie pleuritica corrispondente, allorchè l' epatizzazione è giunta a detta superficie. Ciò si verifica tanto negli adulti quanto nei vecchi. Puossi dire ancora che lo stato granuloso del pulmone è più pronunziato in questi ultimi per la semplice ragione che gli alveoli del polmone sono più dilatati, essendo più frequente l' enfisema. Ne conseguita che i coaguli che si formano su quelli sono più voluminosi e le granulazioni della pneumonite più apparenti, come soventi c' ha fatto osservare il sig. *Charcot*.

Vediamo ciò che succede allorchè la risoluzione ha luogo a

questo periodo. La febbre è cessata ed il malato sembra guarito; ma nel polmone persiste uno stato locale che si fa manifesto all'ascoltazione con dei rantoli vescicolari. Ecco ciò che si trova in queste pneumoniti in risoluzione: gli alveoli pulmonari, potendovisi far passare dell'aria, sono incompletamente riempiuti da dei leucociti in degenerazione grassosa, da degli ammasi di queste stesse granulazioni, libere o riunite in uno stesso involucro (corpi granulosi). È un'emulsione grassosa che favorisce il riassorbimento di quelle parti di essudato che non sono state espettorate. Ad occhio nudo questo stato, ch'io ho osservato parecchie volte specialmente in un caso inserito nel Bullettino della Società, si traduce in una consistenza anormale ed in una tinta giallastra della parte di polmone ancora alterata: è ciò che durante un certo tempo, si è designato sotto il nome di tubercolizzazione dell'essudato. A questo periodo la pneumonite può passare allo stato cronico, ciò che avviene di frequente nei vecchi; torneremo ben presto a parlarne.

Il terzo grado, o d'epatizzazione grigia, ben più frequente nei vecchi che negli adulti, è caratterizzato all'occhio nudo da questo fatto: che la superficie della sezione granulosa della parte malata si ricopre di uno strato di pus. Ma il carattere microscopico di questo grado non può consistere solo nella presenza dei globuli del pus, poichè abbiamo visto che esistono sin dal primo giorno dell'epatizzazione, e nel linguaggio medico non bisogna confondere liquido puriforme e globuli di pus. Nel 2.° grado i leucociti sono imprigionati da un coagulo semi-solido: nel 3.° essi sono liberi poichè la fibrina dallo stato fibrillare è passata allo stato granuloso e si è dissociata: i leucociti rotolano gli uni sugli altri, e siccome la loro ipergenesi continua, essi formano, come tutti gli elementi liberi quando sono piccoli ed abbondanti, un liquido lattiginoso puriforme. Così la sola differenza fra l'epatizzazione rossa e la purulenta, sta in ciò che in quest'ultima la fibrina si è

liquefatta divenendo granulosa e che i leucociti sono liberi. Essi non tardano a divenire granulosi, a riempirsi di granulazioni grassose nello stesso tempo che le pareti alveolari s'avviziscono e qualche volta si distruggono dopo essersi rammolite per formare dei piccoli ascessi.

Si vede come semplice è questo processo della pneumonite lobulare. Nel 1.° periodo, o d'iperemia, congestione ed ipergenesi delle giovani cellule: nel 2.° o d'epatizzazione rossa, essudato di fibrina allo stato fibrillare con ipergenesi di leucociti; infine nel 3.° o d'epatizzazione grigia, liquefazione della fibrina con continuazione della genesi dei leucociti.

La pneumonite lobulare ha tre complicazioni anatomiche costanti: 1.° la pleurite, 2.° la bronchite, 3.° la congestione polmonare. Tutte le volte che l'epatizzazione ha invaso tutto un lobo, la pleura corrispondente si ricopre di uno strato più o meno denso di fibrina e di pus. Rade volte, bisogna dirlo, queste pleuriti pseudo-membranose, sono accompagnate da uno spandimento di liquido notevole pei segni fisici dell'ascoltazione e percussione, ciò che fa che nel linguaggio clinico si pronunzi di rado la parola pleuro-pneumonite, perchè riservata solo a designare quelle pneumoniti che sono complicate da un'abbondante versamento pleuritico. Così si osserva sempre un rossore intenso della mucosa bronchiale e attorno alle masse epatizzate, una congestione edematosa più o meno estesa, che ha un grande valore nel prognostico della pneumonite. In queste parti diffatto gli alveoli sono riempiti da un liquido siero-sanguinolento, contenente più o meno d'aria, l'ematosi vi è incompleta, ed è sopratutto a questa complicazione che sono diretti i mezzi terapeutici locali, come i salassi locali ed i vescicanti.

La bronchite, che accompagna la pneumonite acuta, non deve più esser chiamata bronco-pneumonite, poichè nel linguaggio del maggior numero degli autori, un tal nome serve a designare uno stato totalmente differente, la pneumonite catarrale o lobulare.

Dopo tutto ciò io non avrei bisogno di estendermi lungamente sull' esame degli sputi della pneumonite. Egli è facile il provare che vi si trovano delle concrezioni fibrinose rappresentanti la grandezza delle terminazioni bronchiali contenenti molti leucociti colorati dalla materia colorante del sangue e qualche volta ancora dai globuli rossi. Le modificazioni degli sputi, seguendo i periodi della malattia, si deduce naturalmente dallo studio che noi abbiamo fatto del contenuto degli alveoli polmonari. Indicherò solo la maniera impiegata nel servizio del sig. *Charcot* per riconoscere le concrezioni fibrinose, processo semplice che consiste nel dilavare in un gran bicchiere ripieno di acqua, gli sputi pneumonici.

Come lesione di liquidi nella pneumonite acuta, segnalammo ancora, prima di passar oltre, l'esame della orina, che assai sovente mostra una quantità notevole d' albumina e, costantemente, una diminuzione o mancanza assoluta, di cloruro di sodio. Quest' ultima particolarità, scoperta da *Redlenbacher*, è stata poscia verificata da tutti gli osservatori *Niemeyer*, *Hughes*, *Bennett*, e si trova dettagliatamente nel libro di *L. Beale*, tradotto da *Ollivier* e *Bergeron*.

2.° La seconda varietà d' infiammazione del polmone, la pneumonite catarrale o lobulare (bronco-pneumonite, bronchite capillare ecc): sì bene descritta dai medici dei fanciulli e riassunta nel libro dei signori *Hardy e Béhier*, è uno stato anatomico complesso. Vi si trovano diffatto, isolate o riunite, cinque lesioni bene distinte, che sono: dei nuclei lobulari d' epatizzazione, della congestione, dell' atelasia o stato fetale, delle vescicole ripiene d' un liquido puriforme e della bronchite.

I nuclei lobulari d' epatizzazione, abitualmente sferici allorchè sono piccoli, sono caratterizzati ad occhio nudo dalla consistenza pastosa, dalla friabilità, dalla tumefazione del tessuto polmonare, dal loro colorito rosso dapprima, poscia grigiastro: la loro superficie è piana od appena granulosa ed appassita: il loro volume varia dalla grossezza di una testa di spillo

ad una nocciuola; alcune volte una grande parte di un lobo è uniformemente infiltrato: tal fiata i due polmoni ne sono ripieni: allorchè sono molto piccoli è facilissimo il confonderli con una tubercolizzazione miliare. Avrò sempre presente alla memoria due polmoni abbandonati su di una tavola d'autopsia, l'interno dei quali era crivellato da masse piccole ma di diversa grandezza, grigie, opache e friabili. Durante la vita si era diagnosticata una tubercolosi acuta, e dietro la superficiale e rapida ispezione dei polmoni, i medici si gloriavano di un diagnostico sì esatto. Tuttavia queste granulazioni non erano semi-trasparenti e dure come lo sono i tubercoli miliari, di più non ve n'era alcuno nella pleura viscerale o parietale, nella trachea, nel peritoneo, negli intestini, nè in alcuno altro viscere. Ciò mi fece dubitare della natura dell'alterazione del polmone, e l'esame microscopico mi provò trattarsi semplicemente di una pneumonite lobulare.

Ecco di fatto ciò che sempre si trova al microscopio. Gli alveoli polmonari sono incompletamente riempiti da delle cellule epiteliali granulose, contenenti alcuni nuclei talvolta vescicolari, e dei leucociti; fra essi si trova un liquido granuloso. I leucociti non vi sono più in quella abbondanza che si ritrova nella pneumonite acuta; non vi è più fibrina allo stato fibrillare: all'incontro le cellule epiteliali ed i corpuscoli mucosi vi sono più numerosi: raschiando con un coltello la superficie della sezione non si ottengono più dei piccoli grumi ma solo un liquido grigiastro e torbido. Le più piccole granulazioni sono costituite da un'ammasso di 15 o 20 alveoli alterati. Gli alveoli polmonari non sono esattamente riempiuti e distesi, ciò che spiega come coll'insufflazione vi si può far penetrare una certa quantità di aria.

Allorchè la malattia entra in risoluzione, gli elementi epiteliali ed i leucociti che riempirono gli alveoli passano allo stato granulo-grassoso nella stessa guisa che nella pneumonite fibrinosa; e sono in seguito espettorati o riassorbiti. Ma

allorchè la malattia va per le lunghe, allorchè le forze del malato sono spossate, allorchè sopratutto i nuclei di epatizzazione lobulare sono numerevoli, grandi e ravvicinati gli uni agli altri, può avvenire che il polmone non abbia tendenza alcuna a ritornare allo stato normale. All'autopsia di simili soggetti, il taglio del polmone presenta delle masse lobulari a sezione piana, grigia, leggermente granulosa, appassite, esattamente simili ad occhio nudo ed al microscopio alla tubercolosi infiltrata o pneumonite caseosa. Gli alveoli polmonari sono riempiti di elementi trasformati o distrutti, granulo-grassosi. Vi ponno essere ancora dei lobuli rammolliti e delle escavazioni cavernose. Se allora non esiste ancora granulazione tubercolosa nè alla superficie della pleura polmonare o costale, nè alla trachea, nè agli intestini; se sopratutto l'alterazione è localizzata ad un solo pulmone, allora realmente si tratta di una pneumonite catarrale terminata per infiltrazione grassosa dell'essudato e non di una tubercolizzazione. Questo è ciò che, alcuni anni addietro, si chiamava tubercolizzazione dell'essudato: è una forma di pneumonite di lunga durata che è stata perfettamente descritta da *Reinhardt*, *Villemin* e *Niemeyer*, forma tanto più facile a confondersi colla tubercolosi pulmonare, in quanto che accompagna frequentemente le granulazioni tubercolose: è quella che *Laennec* ha batezzata col nome di infiltrazione tubercolosa grigia, o tubercolosi infiltrata.

I casi nei quali questa pneumonite si riscontra sola, senza granulazioni tubercolose, non sono rarissimi: mentre poi pel suo corso assai rapido, si esita nella diagnosi fra la broncopneumonite e tubercolosi acuta; incertezza che non è sempre dissipata dalla autopsia quando non è convenientemente eseguita: tanto più che gli anatomo-patologisti hanno fatto dipendere tali lesioni, quando: da una pneumonite semplice terminata per infiltrazione grassosa, quando da un modo particolare di tubercolosi senza granulazione; la tubercolosi infiltrata (*Niemeyer*).

Ma i caratteri propri a questa pneumonite catarrale bastano sempre per farla sicuramente riconoscere, e specialmente per farla differenziare dalle granulazioni tubercolose che hanno altra sede ed elementi tutti differenti.

La congestione pulmonare, cioè a dire l'afflusso esagerato del sangue nei vasi, s'accompagna sempre, per poco ch'ella sia intensa, a dei fenomeni che succedono nell'interno degli alveoli. Talvolta si forma uno accumulo di sierosità limpida o tinta dall'ematina: il tessuto pulmonare compresso lascia scolare allora un liquido sieroso, citrino o rosso, più o meno spumoso: tall'altra, ed è il caso il più frequente nella pneumonite lobulare, l'afflusso considerabile di liquidi nutritivi determina un'ipergenesi di elementi epiteliali. Il tessuto polmonare è arrossato, inzuppato, tumefatto, e non si può facilmente farlo sgorgare premendolo fra le dita; il liquido sanguinolento che ne sorte é più denso e torbido, ed è meno spumoso. Questo è ciò che si chiama carnificazione, inzuppamento; è una congestione attiva ed infiammatoria, formatrice di nuovi elementi. Nel liquido contenuto negli alveoli si trovano delle grandi cellule sferiche, distese e colorite in giallo dall'ematina, cellule in formazione endogena e dei nuovi elementi, corpuscoli mucosi o leucociti. È la congestione che probabilmente precede l'epatizzazione, e che se sopraviene in un polmone il di cui tessuto connettivo sia ispessito, gli dà l'apparenza di una epatizzazione planiforme.

L'atelectasia pulmonare, o stato fetale, frequentissima nella pneumonite catarrale, puossi anche riscontrare come lesione isolata in certe malattie: p. e. la febbre tifoidea; essa consiste nell'avvallamento degli alveoli, che sono vuoti d'aria e le di cui pareti sono in contatto. Le parti àtelectasiche di un pulmone si riconoscono alla superficie pleuritica, perchè sono depresse e di un color rosso o violaceo. Sulla superficie di un taglio esse sono molli, elastiche, rosse, non lasciano sfuggir aria e precipitano al fondo dell'acqua. Ma le parti malate si

lasciano facilmente insubblare ed allora si distendono riprendendo il loro colore ed il loro livello normale alla superficie del polmone. Pei mezzi fisici di esplorazione del petto, le parti atelectasiche danno un suono semi-ottuso alla percussione ed un rumore di soffio tubario all'ascoltazione; allorchè sono molte e superficiali, ho constatato più volte un simil fatto.

In certi casi, il tessuto pulmonare privo d'aria è ciò nullameno tumefatto: la superficie del taglio è rossa o di un rosso nerastro, e non ha l'arendevolezza nè la resistenza alla lacerazione che è propria della atelectasia semplice. È questo stato che comunemente si chiama splenizzazione, per la rassomiglianza che si è trovata col tessuto della milza. Sotto l'influenza di una forte congestione, vi si sono formati dei giovani elementi nell'interno degli alveoli privi d'aria.

Perciò l' atelectasia può essere semplice, od accompagnata dalla congestione polmonare e dall' ipergenesi di elementi epiteliali.

Non insisterò sulle lesioni della bronchite, nè sullo studio delle vescicole che pigiate lasciano sfuggire una goccietta di liquido lattiginoso o giallastro, e che sono probabilmente dovute all' accumulo di muco bronchiale in alveoli enfisematici.

Questo assieme di lesioni che costituiscono la pneumonite lobulare si riscontra assai di rado nei vecchi. Egli è probabile, e le eccellenti osservazioni di *Hourmann*, *Dechambre* e *Gillette* motivano queste restrinzioni, che le forme di pneumoniti variano a seconda degli anni, e che sotto certe influenze climateriche, si veggano predominare nei vecchi le bronco-pneumoniti. Ma, lo ripeto, esse attualmente sono sì rare, che i Signori *Charcot* e *Vulpian* non ne hanno visto un solo esempio nei 5 anni che son medici della *Salpètriére*.

Giungo alla seconda divisione della pneumonite, a quella nella quale le lesioni hanno per sede speciale il tessuto fibroelastico degli interstizi interalveolari ed interlobulari: alla pneumonite interstiziale.

Ella può essere acuta o cronica.

3.° La prima, la pneumonite interstiziale acuta, è estremamente rara: appena si conosce un qualche esempio di suppurazione isolata del tessuto connettivo interlobulare e sotto pleuritico: suppurazioni che hanno per effetto di isolare e disseccare in qualche guisa dei lobuli del pulmone appesi ai loro rispettivi bronchi. Non abbiamo trovati ricordati che tre casi di questa forma, pubblicati da *Hodgkin*, *Stokese*, *Rokitansky*. É sopratutto nei casi di pleurite che si osserva questa curiosa lesione.

4.° Quanto alla pneumonite interstiziale, che ha per effetto la moltiplicazione degli elementi del tessuto connettivo, la formazione dei nuclei e delle nuove fibre del tessuto connettivo, ella è essenzialmente cronica di sua natura. Si è, a buon dritto, paragonata coll'ispessimento del tessuto connettivo del fegato e dei reni che costituisce l'epatite, la nefrite interstiziale o cirrosi, nome che è stato applicato anche alla stessa malattia del polmone (*Corrigan*). Tuttavia non conviene credere che questo ispessimento caratteristico degli interstizii alveolari sia tutta la malattia: avvengono anche delle modificazioni nel contenuto degli alveoli, come ben presto vedremo.

Ma prima di dare i dettagli anatomici della pneumonite interstiziale, più comunemente detta pneumonite cronica, vediamo sotto quali influenze, in seguito di quali malattie ella si sviluppa.

Ella è parziale od estesa a tutto un polmone, assai raramente a tutti e due; ella è primitiva o consecutiva. Uno stato fisiologico, assai comune nel pulmone dei vecchi, deve essere riguardato come una pneumonite interstiziale; è una specie d'indurimento di color di lavagna che si osserva all'apice dei pulmoni. Il tessuto così alterato è duro, elastico, non crepitante, nerastro, e qualche volta presenta alla sua superficie delle cicatrici depresse e delle aderenze pleuritiche. Tagliandolo si vede un tessuto sodo, formato dagli interstizi molto ispessiti

con avallamento degli alveoli, pressochè interamente composto di tessuto fibroso, denso, carico di nero pigmento; spesso pure esistono dei nuclei caseosi o calcarei, collocati in piccole cavità cistiche o sferiche. Queste cavità possono essere eziandio cilindriche e continuarsi ancora con un bronco. Questo da alcuni è stato riguardato come la guarigione di tubercoli; ma queste piccole masse caseose encistiche possono bene anche derivare da un piccolo ascesso polmonare guarito, o da una dilatazione bronchiale isolata, o meglio ancora da una parte di polmone che più non respira.

La pneumonite interstiziale parziale viene sovente in seguito a congestioni pulmonari ripetute ed a focolari d'apoplessia pulmonare in malati d'affezione cardiaca. *Virchow* ha perfettamente addimostrata l'azione di queste cause per produrle. Il tessuto connettivo che involge i vasi turgidi alla lunga s'ipertrofizza per l'aumento di attività nutritiva che vi determina un' afflusso più considerevole di sangue, e nello stesso tempo la materia colorante del sangue gli comunica un colore rosso, poi nerastro, per deposito di pigmento nero: ben presto torneremo su questo punto.

Le bronchiti ripetute, le dilatazioni bronchiali, le pneumoniti acute, gli ascessi del polmone, la gangrena, i tubercoli polmonari, la pleurite cronica, sono associate più spesso che non si creda, alla pneumonite interstiziale più o meno limitata. É generalmente conosciuto che le dilatazioni bronchiali avvengono sovente colla pneumonite interstiziale: non bisogna però esagerare la relazione di causa ad effetto in queste due lesioni, potendosi sovente riscontrare o l'una o l'altra isolata.

Nella tubercolosi cronica del polmone, i lobi superiori attorno alle caverne antiche, sono pressochè sempre durissimi, di consistenza fibrosa e di color lavagna: è là di fatto che si ha frequente occasione di osservare la pneumonite interstiziale. Lo stesso avviene attorno a vecchi e guariti ascessi del polmone, da qualunque causa provvengano.

Pressochè sempre in questi punti, nello stesso tempo che il tessuto interalveolare è considerevolmente ispessito, gli interstizii interlobulari ed interlobari lo sono ad un' alto grado, come pure quelli sotto-pleuritici, che acquistano una spessezza di 1 a 6 millimetri.

L' esposto mostra come è largo il quadro della pneumonite interstiziale parziale. In quasi tutti i casi, il colore della parte alterata è grigio-lavagna o nerastro, ciò che proviene per un lato da un deposito di pigmento nero negli interstizii, per un' altro dagli elementi cellulari liberi negli alveoli.

Ben più rara è la pneumonite estesa a tutto un polmone, o a tutti e due i polmoni; è dessa che più specialmente si designa sotto il nome di pnenmonite cronica, è ad essa che si riferisce l' eccellente tesi d' aggregazione del *Charcot*. Ella è più frequente negli Ospizi consacrati alla vecchiaia che negli ospedali degli adulti, ed in un solo anno passato alla Salpêtrière nel servizio del Sig. *Charcot*, ne ho potuto raccogliere mediante l' autopsia sette osservazioni, due delle quali sono relative a pneumoniti acute passate allo stato cronico. Ella può dar luogo alla formazione di cavità cavernose, come hanno dimostrato i Signori *Monneret*, *Hardy*, *Béhier* e *Charcot*. Quest' ultimo ne ha distinte tre forme diverse pel loro colore, l' epatizzazione rossa, la grigia e la gialla: non bisogna però credere che queste forme sieno da compararsi a quelle della pneumonite acuta e che siavi realmente fra esse un rapporto costante di successione. Io credo invece che la differenza di colore provvenga semplicemente da questo, che nell' una vi ha un po di sangue, nelle altre due degli elementi epiteliali in degenerazione granulo-grassosa sparsi nell' interno degli alveoli: ben presto ne darò le prove. Ma indipendentemente da queste pneumoniti interstiziali, che per lo più susseguono ad uno o più pneumoniti acute, ve n' ha un' altra forma assai frequente, e primitiva, ed è l' alterazione del pulmone nei lavoratori delle miniere, nei fonditori del rame, negli arruotini ec: la tisi nera.

In questi casi, si può non aver traccia di tubercoli pulmonari, ed io ho fatte nel 1864 tre autopsie di questi malati senza rinvenire nè tubercolosi infiltrata, nè granulazioni tubercolari nei pulmoni, nelle pleure e negli altri organi. Queste lesioni, ben differenti dalla tubercolizzazione, appartengono in proprio alla pneumonite interstiziale; ciò che le distingue e ne fa una forma a parte si è il color lavagna o nero dovuto ad un' infiltrazione di pigmento nero negli interstizi ispessiti e negli elementi (leucociti o corpi granulosi) che riempiono gli alveoli. Questa forma è sovente accompagnata da caverne ulcerose.

Frattanto che noi abbiamo passate rapidamente in rivista le diverse condizioni dalle quali nasce la pneumonite interstiziale, passiamo a studiarla in dettaglio nelle sue lesioni anatomiche. Ella presenta allo studio due parti costituenti 1.° gli interstizi interalveolari, 2.° gli elementi contenuti negli alveoli.

Gli interstizii sono sempre ispessiti; è questa la lesione distintiva e costante; essi sono alcuna volta sì ispessiti che le cavità alveolari che loro limitano sono diminuite della metà o di due terzi, e qualche volta anche non esistono più, e sono rimpiazzate da tessuto connettivo. Gl' interstizi sono composti di tessuto laminare ed elastico, assai denso, contenente più o meno di nuclei. I vasi che vi passano mostrano tal fiata un' ispessimento notevole delle loro tonache: inoltre soventemente si formano dei depositi di pigmento nero negli interstizi, specialmente attorno dei nuclei, di guisa che i depositi pigmentari hanno, ad un forte ingrandimento, la forma di corpuscoli stellati anastomotici. Nelle parti più indurite, p. es. negli strati corticali del polmone, non vi sono più cavità alveolari, ma puossi ancora assicurarsi che primitivamente ne esistevano, alla disposizione dei vasi ed alla configurazione delle striscie di pigmento che hanno conservata la forma degli alveoli solidificati.

Nel frattempo che gl' interstizi degli alveoli s'ipertrofizzano, che succede nel loro interno? Quì il processo è più complicato e vi si ponno riscontrare diverse specie di elementi. Tal-

volta questi sono i prodotti di regressione granulo-grassosa di una pneumonite fibrinosa o catarrale in risoluzione, cioè a dire dei leucociti granulosi, delle granulazioni grassose libere, dei corpuscoli granulosi di *Glüge*, delle cellule pavimentose più o meno alterate. Allora la parte malata, tagliata, offre all'occhio nudo un colore grigio o giallastro. Tal'altra volta a questi elementi s'aggiungono quelli d'un vero spandimento sanguigno, cioè a dire dell'ematina ed un liquido da essa colorato in rosso.

Allora indipendentemente dai globuli rossi più o meno alterati, molte grandi cellule vescicolose, sferiche, generalmente senza nucleo, che misurano da 0,012 a 0,016, contenenti un liquido rossastro o del pigmento sanguigno. Là, come in tutte le emorragie polmonari, la materia colorante del sangue s'espande nelle cellule distese da un liquido, e si deposita nell'interno di esse sotto forma di pigmento. Il pigmento di color rosso è il più sovente amorfo, ma, come ha dimostrato *Virchow* nel 1847 (*Archives*, tomo 1.°) vi si possono riscontrare dei cristalli d'ematoidina. Allorchè gli alveoli polmonari racchiudono del sangue espanso, il taglio delle parti malate offre all'occhio nudo un colore rosso, e siccome esse ne sono ripiene, ne risulta un'apparenza granulosa. A questo stato si dà il nome di epatizzazione rossa; ma come risulta da ciò che precede, trattasi semplicemente di una apoplesia polmonare sopravenuta alle lesioni della pneumonite cronica.

Infine nella tisi dei lavoratori delle miniere, dei fonditori di rame, degli arruotini, gli elementi predominanti che riempiono gli alveoli polmonari, sono dei leucociti e delle cellule sferiche voluminose, elementi che sono ricoperti di pigmento nero, e che spesso ne contengono anche nel loro interno. Allorchè si esaminano al microscopio gli sputi nerastri di questi malati durante la loro vita, od il contenuto degli alveoli polmonari dopo la loro morte, si vede un liquido contenente in sospensione un'infinità di piccole granulazioni o fragmenti neri, e

degli elementi figurati sferici, che sono le une dei corpuscoli di pus, gli altri dei grandi corpuscoli di 0,012 a 0,016 formati da una membrana di involucro e da un contenuto liquido finamente granuloso. Alla superficie di cotesti elementi sono depositate le stesse particelle nere che sono libere entro il liquido, ma inoltre essi ne contengono nel loro interno, ciò di cui è facile l' assicurarsi usando di un forte ingrandimento.

In questi casi di tisi, come già dissi, gl' interstizi ispessiti che separano gli alveoli, sono così infiltrati delle stesse granulazioni pigmentarie disposte attorno dei nuclei e dei prolungamenti dei corpi stellati del tessuto connettivo, da rappresentare una vaga rassomiglianza coi corpuscoli ossei.

Noi qui ci troviamo in faccia di un problema che esige, se non una soluzione positiva, almeno una spiegazione. Come e da dove vengono queste particelle nere? Sono elleno sempre delle particelle di carbone venute dall' esterno? Provvengono esse dalla materia colorante del sangue? Ambedue queste opinioni sono state prodotte da eminenti autorità. Egli è incontestabile, dopo le osservazioni di *Virchow*, che io ho avuta l' occasione di verificare più volte, che nei nuclei emoptoici del pulmone (apopplesia pulmonare) non vi sono cellule distese contenenti del pigmento nero a lato di quelle che contengono del pigmento rosso.

Ma questo modo di formazione del pigmento nero è egli applicabile nei casi di quella tisi suesposta? Qui, l' introduzione meccanica di fragmenti di carbone, sia coll' aria inspirata (*Tardieu*) sia per la deglutizione e lor passaggio nel sangue (*Villaret*) è troppo evidente perchè la si possa discutere; così noi crediamo col sig. *Robin*, che quello è il modo abituale di formazione della pneumonite interstiziale color lavagna o nerastro dei lavoratori delle miniere e degli arruotini. Se ne avrebbe una dimostrazione assoluta se si potessero differenziare coi reagenti chimici le particelle nere del carbone da quelle che susseguono alle emorragie; ma disgraziatamente danno tutte la stessa reazione propria del carbone.

Io non tenterò di tracciare il quadro della malattia dei lavoratori delle miniere, che termina colla febbre etica; questa lunga agonia di molti mesi con tutto il suo corteggio, il dimagrimento progressivo, i freddi della sera, i sudori della notte, la perdita dell'appetito, la diarrea ecc. Questi sintomi coincidono allora colla formazione di cavità ulcerose del pulmone comunicanti coi bronchi. Gli sputi nerastri, la di cui quantità a primo aspetto meraviglia, contengono come elemento predominante dei leucociti. Non vi sono qui i sintomi tutti di una tubercolosi polmonare, sebbene non sianvi granulazioni tubercolose, e potrei io citare un'esempio più dimostrativo per provare che quelli che si chiamano segni generali di tubercoli altro non sono che quelli di una suppurazione cronica del pulmone?

Tale è, riassumendo, l'anatomia patologica delle diverse lesioni chiamate pneumoniti: io ho sopratutto cercato di descrivere i cambiamenti visibili al microscopio che succedono negli alveoli polmonari. Difatto è solo col microscopio che si possono analizzare e comprendere i fenomeni intimi che succedono allora nel polmone: con questo mezzo solo il loro studio è chiaro, intelligibile e sopratutto basato sull'esatta osservazione: con questo mezzo solo si può riconoscere la sede precisa e la vera natura dei prodotti morbosi.

Il Glioma. (Die Krankhaften Geswülste von Rudolf Wirchow, pag: 123 e seg.).

Rimane ancora una terza forma di tumore frequente nei centri nervosi, quella cioè che origina dalla sostanza interstiziale o nevroglio. Io toccai in breve di questa sostanza parlando del mixoma. Ove formi la massa intera, la si può designa-

re col nome di ipertrofia del nevroglio, oppure con quello di glioma stando alla etimologia da noi accettata.

La somiglianza di natura di certi tumori con quella della sostanza cerebrale o nervosa fu già riconosciuta da *Burns* e venne per lungo tempo accolta nel linguaggio tecnico. *Abernethy* adoperò dapprima il vocabolo di sarcoma midollare, distinguendolo recisamente dal sarcoma carcinomatoso; egli dichiarò, come quello offrisse molta somiglianza colla sostanza cerebrale, tuttavia non diede peso ulteriore a questo fatto. *Laennec* progredì ancora nella terminologia, adoperando il nome di tumore cerebrale, encefaloide, tumore encefaloide o cerebriforme. Altri scrittori contemporanei proseguirono a servirsi della espressione introdotta da *Hey* di fungo ematode, e solo dopo *Mannoir* venne in uso di distinguere i tumori, compresi in questa denominazione, nel vero fungo ematode e nel fungo midollare. Aggiungerò tosto che anche le melanosi furono abbracciate fra queste forme. Il fungo ematode può venir posto in disparte per trattarne poi unitamente agli angiomi. Mi preme solo di notare che anche questo nome venne lungamente adoperato nel senso il più vario, ed ha mantenuto nel linguaggio di molti medici l'antico e chiarissimo significato di *Hey*.

In generale però si può ammettere che il sarcoma midollare degli inglesi, il fungo midollare dei tedeschi, l'encefaloide dei francesi, si riferiscono all'incirca a tumori di aspetto somigliante. *Hooper* ha ancora adoperato il nome di cefaloma, accettato da *Carswell*, e mutato da *Craigie* in quello di encefaloma. Inoltre non è da porsi in dubbio che la più parte degli autori avessero in vista la sola esterna simiglianza, e che essi col detto nome volessero designare un tumore di natura maligna, la forma molle del cancro (carcinoma midollare). Solo *Mannoir* ed alcuni altri scrittori pensarono ad una somiglianza intima, e derivarono il fungo midollare da una effusione della midolla nervosa.

Solo al cominciare delle indagini microscopiche le opinioni

presero un carattere più determinato. Si potè di leggieri persuadersi che la midolla nervosa, o, come io dico, la mielina, non forma la sostanza essenziale di questi tumori, ma essi per regola contengono prevalentemente altre parti costitutive, massime cellulari (globetti degli antichi osservatori). Certamente anche queste sono state considerate da alcuni, come dall'Ehrenberg, come parti nervose, ma la più parte ritennero che esse fossero piuttosto una neoformazione *accidentale* eterologa, e così ne venne che da ultimo quasi nessuno ebbe più difficoltà di annoverare semplicemente fra i cancri tutti i tumori di queste specie. Il carcinoma midollare od encefaloide divenne un concetto pressochè così complessivo come lo fu nel passato quello di fungo ematode.

Dietro ciò l'encefaloide, od il cefaloma in questo concetto, spiega solo la somiglianza esterna colla sostanza cerebrale. Ora cadendo di nuovo il dubbio, se in fatto tutti gli encefaloidi siano cancri, si venne nella strana posizione di distinguere dal gruppo degli encefaloidi i pseudo-encefaloidi. È chiaro però che con questo nome nulla è ancora spiegato. Il vero encefaloide ed il cefaloma dovrebbero in fatti essere analoghi a ciò che indica il vocabolo, cioè una formazione nervea: per questa è però conveniente il nome di neuroma. Per quei tumori che solo allo esterno rassomigliano alla midolla cerebrale e nervosa si deve usare sempre l'aggettivo di midollare od encefaloide, e perciò parlare di sarcoma midollare, di carcinoma encefaloide, di mixoma midollare, ecc.; in tal caso l'aggettivo non significa altro che ricco di cellule. Qual natura si abbiano le cellule, è indifferente.

Se però si danno tumori che abbiano un rapporto più prossimo, istologico e genetico, col sistema nervoso, senza essere tuttavia nervosi, questi certamente meritano un nome speciale generico. La designazione di neuromi convenne ad essi solo fintantochè loro si ascrissero parti costitutive nervose. Tempo fa quando si considerava l'intero cervello e la midolla, tutta

sostanza nervosa, non era possibile ulteriore distinzione. Dacchè però io ho distinto una porzione rilevante, precisamente negli organi centrali, come sostanza connettiva interstiziale col nome di neuroglio, fu data la possibilità di distinguere tanto dai nevromi che dai carcinomi una neoformazione originante solo da essa sostanza e senza partecipazione degli elementi nervosi. Ed è questa appunto, pella quale io proposi il nome di glioma.

Il presentarsi di un tessuto interstiziale, come lo addimostrò *Reil* per i nervi, fu provato da *Keuffel* dapprima nella midolla, dopochè fu rinvenuto da *Villars* il processo di renderlo visibile. Però più tardi si retrocedette, tranne poche eccezioni, p. es. *Arnold*, perchè non si potè scoprire alcuna analogia nella struttura di questo tessuto coi tessuti interstiziali di altri organi; perciò il nome prescelto da *Keuffel* di tessuto fibroso convenne ben poco. Anche là dove questa sostanza si presenta al massimo di purezza, alle superficie delle cavità cerebrali e midollari, venne presa più tardi per sostanza nervosa. Io ho addimostrata la sua esistenza primo nella ependima delle cavità cerebrali, e l'ho sostenuta contro le opinioni di *Bruch* e di *Henle*. In ulteriori ricerche trovai che l'ependima si prolunga continuatamente fra gli elementi nervosi del cervello e della midolla, forma qui la sostanza da me chiamata nevroglio (cemento dei nervi), e come tale diventa il terreno di determinati processi patologici. Ultimamente fu *Bidder* massime che rivolse la sua attenzione a questa sostanza; nel dare ad essa però un peso in parte troppo grande, ha suscitato di nuovo numerose opposizioni. Nullameno il numero dei consenzienti è cresciuto ad ogni anno, e non è più in questione la esistenza del tessuto, ma solo la sua estensione e la sua composizione.

Rispetto alla estensione, il punto più difficile è la sostanza grigia e la distinzione delle parti gliose e nervose. Già nelle sezioni propriamente gangliose la distinzione è molto difficile,

poichè si presentano ancora cellule gangliari più piccole, e fino ad ora non è stata trovata una distinzione specifica. Ma anche maggiori dubbi vi banno riguardo agli strati granulosi della sostanza corticale, massime alle circonvoluzioni del cervelletto, ove anche gli osservatori più esatti sono sempre dubbiosi, quanto propriamente sia grossa la porzione della sostanza gliosa.

La struttura del nevroglio è, come ho detto fin da principio, molto differente nei vari punti. Già la sua struttura grossolana è talvolta più soda, e rassomiglia allora al tessuto connettivo, talvolta così molle da parere una sostanza affatto amorfa o granulosa. Ad onta di ciò la sua composizione non offre più grandi varietà degli altri tessuti della serie connettiva. Ora mi preme di porne in chiaro i rapporti generali.

La composizione del nevroglio è tale, quando essa è caratteristica, che si trovano parti cellulari rotondeggianti o lentiformi o fusiformi o ramificate, che stanno a certe distanze le une dalle altre in una sostanza fondamentale molto molle, perciò di leggieri lacerabile, e mutantesi inoltre per pressione od aggiunta d'acqua ecc., la quale, esaminata allo stato di freschezza, offre per solito sotto il microscopio una apparenza finamente granulosa. Ha dunque questa disposizione una certa somiglianza colla struttura cartilaginea, solo che le cellule non hanno capsula, e la sostanza inter-cellulare non è soda e ialina, ma apparisce molle e punteggiata e granulosa. Forse anche più da vicino vi sta il tessuto mucoso, specialmente quello del corpo vitreo giovine, benchè qui la sostanza intercellulare abbia una mollezza quasi diffluente. Se si indurisce il nevroglio sia coll'alcool, sia coll'acido cromico, si giungono a vedere intagli assai fini, una specie di rete finissima. La sostanza apparisce come fosse attraversata da fibrille molli, incrociantisi in ogni direzione, delle quali è difficile il dire se esse preesistevano o se siano prodotte dalla coagulazione della sostanza originaria. Sembra qualche volta di vedere una fina rete di fi-

brina, nella quale siano rinchiusi corpuscoli del sangue scolorati. Per la preesistenza di questa rete, per la quale *Schùltze* opina, parmi parlare la circostanza, che la medesima si presenta similmente coi più vari metodi di indurimento, e che negli addensamenti patologici della sostanza la rete apparisce senza indurimento artificiale.

Gli elementi cellulari, cui questa sostanza contiene, sono allo stato di freschezza straordinariamente fragili, sicchè per la più parte si guastano nell' incidere, comprimere, lacerare la sostanza, e per solito si vedono solo nuclei, circondati da un po' di sostanza sciolta, che non pare molto differente dalla sostanza intercellulare. Perciò nel passato si descrisse sempre solo una sostanza finamente granulosa seminata di nuclei; donde si ammise quasi generalmente pochi ànni fa che essa fosse di natura nervosa, ed effettuasse la comunicazione in senso laterale fra le fibre nervose. Si può però persuadersi con certezza, quando si indaghi accuratamente, anche in pezzi freschi, che effettivamente vi sono parti cellulari. Egli è incerto però, se queste cellule siano rotonde o ramificate. In preparati induriti spesso apparisce come se la rete fibrillare fosse formata da prolungamenti delle cellule.

A questo risguardo è molto da lamentarsi che noi poco sappiamo con certezza sulla importanza fisiologica di parecchie parti. Nella glandula pineale, la quale in molti pezzi apparisce quale una semplice formazione di ependima, trovansi anche all' esame nello stato di maggiore freschezza numerose cellule, le quali possiedono un corpo molto molle, debolmente granuloso, e numerosi prolungamenti pallidi, spesso ramificati, sicchè rassomigliano altamente alle cellule del nevroglio nei preparati induriti. D' altro lato trovansi nella fresca ependima, più rassomigliante a gelatina, della fossa romboidea e della midolla, cellule stellate, spesso molto ramificate, presso le quali si vede ancora una sostanza fondamentale fibrillare o reticolata. Perciò posso credere che, come nel tessuto mucoso, sì

le cellule fibrillari ramificate che la sostanza fondamentale reticolata possano presentarsi, tuttavia non in ogni punto.

Adunque lo stato molle del nevroglio trasmutasi anche normalmente in certi punti in uno stato duro. Alla superficie dei ventricoli, ove gli elementi nervosi più o meno scompaiono e la sostanza si offre nella sua purezza, essa diventa in pari tempo più densa, e verso la superficie assume qua e là un carattere decisamente fibrillare, mentre le cellule si fanno più allungate, lentiformi o fusiformi. Questo tessuto, che costituisce un trapasso al comune tessuto connettivo, forma l'ependima dei ventricoli cerebrali e del canale midollare.

Il tessuto glioso talfiata diventa il punto di partenza di sviluppi iperplastici, i quali consistono tanto in una aumentata produzione di cellule, quanto di sostanza intercellulare. Anche questa iperplasia può, come altre analoghe, essere assai diffusa estendendosi uniformemente su intere sezioni del cervello od ancora sull'intero cervello. L'ultima forma, che è uno dei modi della cosiddetta *ipertrofia* del cervello, è stata da me descritta col nome di *iperplasia interstiziale*. Clinicamente talvolta si presenta sotto la forma di idrocefalo (idrocefaloide). Di lunga più frequenti, e localmente molto più rilevanti, sono le *parziali iperplasie*, le quali si offrono in forma di tumori. Esse sono in pari tempo più difficili a riconoscersi, perchè si presentano sotto diverse varietà, le quali essenzialmente si distinguono, perciocchè le une contengono più elementi cellulari, e spesso tanti, da sembrare che in alcuni punti esistano quasi solo cellule, mentre le altre sviluppano masse diffuse di sostanza intermediaria, la quale in parecchie è affatto molle, in alcune per contro assume tale sodezza e compattezza, che il tumore si avvicina piuttosto a certe formazioni fibrose e cartilaginee. Aggiungasi che i vasi che entrano nel tumore si sviluppano talvolta in modo straordinario e raggiungono una grande ampiezza, sicchè il tumore prende un carattere telangiectasico. Dietro ciò si possono distinguere gliomi *molli e duri*, od an-

che più esattamente *ricchi di cellule o midollari*, *fibrosi* e *telangiectasici*. Talvolta una parte della sostanza del tumore assume l'abito di tessuto mucoso, e si ha un tumor misto, mixoglioma, di una apparenza spesso molto sorprendente.

L'interna composizione del glioma si attacca alla struttura piuttosto variabile del nevroglio, per questo che la natura della matrice determina davvicino la natura della neoformazione; però nello svolgersi ulteriore questa procede a sè nello sviluppo formativo. I gliomi della ependima per solito sono più duri, quelli della sostanza cerebrale più molli, però non di rado anche questi ultimi assumono entro la sostanza cerebrale bianca o grigia una straordinaria durezza. È probabile che appartengano a questa categoria parecchie formazioni descritte per condromi.

I gliomi della sostanza cerebrale, che costituiscono la forma la più pura della iperplasia, quando sono freschi lasciano solo difficilmente riconoscere cellule complete; sembrano formati, come il normale nevroglio, solo di una sostanza granulosa con nuclei. Dopo l'induramento vedonsi le nominate reti di fibrille. Però là dove seguono nuovi mutamenti, p. es. la metamorfosi grassosa, ivi sorgono distinti corpi cellulari in punti, nei quali prima si vedevano solo nuclei. I nuclei dal canto loro sono molto differenti, sia pel numero che per la grandezza, nei singoli casi, od ancora in singole sezioni dello stesso tumore. Talvolta giacciono a grande distanza l'uno dall'altro, ora ad uno ad uno, ora a due e più; altre volte sono sì stipati come i nuclei negli strati granulosi della retina. In ambo i casi possono essere più grandi o più piccoli. Ove essi siano piccoli, all'incirca della grandezza di quelli della sostanza corticale del cervelletto, appariscono allora più uniformi; se divengono più grandi, mostrano sempre un contenuto granuloso e nucleoli. In altri casi le cellule sono distintamente isolabili anche nello stato fresco. Le loro forme sono spesso molto differenti nello stesso tumore. Talvolta sono piccole cellule poste strettamente attorno ai nuclei, le quali possiedono finissimi e semplici pro-

lungamenti e si anastomizzano fra loro, come i cosiddetti granuli della sostanza corticale del cervello. Così può presentarsi entro la sostanza bianca del cervello una neoformazione, la quale sembra ripetere lo strato granuloso della sostanza corticale grigia. Altre volte le cellule sono più grandi, massime i corpi cellulari più voluminosi, le cellule stesse ora rotonde, ora fusiforme o stellate, nell' ultimo caso con molti prolungamenti. Accanto a queste cellule riesce sovente di isolare singole forme estremamente lunghe, le quali appariscono come semplici fibre; però in certi punti contengono un nucleo cambiandosi in una cellula fusiforme. Essi rassomigliano ora alle fibre radiate della retina, ora alle lunghe cellule fusiformi, che io trovo fra gli elementi della glandula pineale e della glandula pituitaria. Frequentissimamente essi giacciono nella più grande vicinanza ai vasi, intorno ai quali talvolta formano una grossa vagina; tuttavia presentansi ancora staccati dai vasi, nel mezzo degli altri tessuti.

Rispetto alla sostanza intercellulare, spesso è anche nei gliomi a grandi cellule, affatto molle, granulosa e diffluente. In parecchi casi, in quelli propriamente midollari, essa scema di tanto, che le cellule quasi si toccano l'una coll'altra, e solo la indagine la più accurata arriva a scoprire la presenza di una sostanza intercellulare. Le cellule giungono quasi immediatamente fino ai vasi, e può di leggieri succedere, che nel laceramento si ottenga una specie di stroma, in cui giacciono le cellule come se fosse un carcinoma; le cosidette trabecole dello stroma tuttavia null'altro sono, che vasi vuoti a pareti in parte molto grosse, e le cellule che vi stanno vicine non hanno il carattere nè la disposizione degli elementi epiteliari.

I gliomi molli sono, come si è detto, molto affini ai mixomi, e si danno molte forme miste dei medesimi. La sostanza intercellulare è quivi in poca copia, e vi si vede, oltre ad un liquido omogeneo, più o meno di parti fibrillari. Queste nei gliomi più mucosi sono disposte in reti molto regolari, i cui

punti nodosi contengono le cellule ed i nuclei, donde nasce una forma microscopica, che offre una grande somiglianza colla disposizione del nevroglio spinale e del perineuro, tranne che il tessuto è molto più lasso, e nelle reti non sono contenute fibre nervose. Se aumenta l'ampiezza delle maglie, ed in esse si accumula materia mucosa, allora questa varietà trapassa immediatamente nel mixoma; se al contrario le cellule crescono assai di numero, la rete diventa più fitta e ci si offre un vero glioma midollare, il quale può trapassare in un sarcoma midollare, quando le cellule si sviluppino sempre più in grandezza e nella loro disposizione interna. Trapassi di tal fatta fra mixoma, glioma e sarcoma trovansi nello stesso tessuto; e precisamente le più grandi formazioni di quella specie che io ho visto, massime nei lobi posteriori del cervello, quasi della grandezza di un pugno, appartengono a questa forma mista. Se anche i vasi si sviluppano in gran copia, si può credere di avere avanti a sè le forme tipiche del fungo ematode, poichè nel crescere il tumore si spinge nei ventricoli laterali, e ne riempie una parte.

I gliomi duri in generale stanno vicini ai fibromi, ed in alcuni casi possono darsi decisamente delle combinazioni fra questi, e cioè dei fibro-gliomi. Sovente sono solo singole parti del tumore, e non la massa intera di esso, in istato sodo; contiene allora uno o più nuclei o sezioni dure, e queste raggiungono una tale sodezza, da rassomigliare alle cartilagini fibrose. Tuttavia non ho mai verificata una vera struttura cartilaginea. Nei fibro-gliomi io trovai una sostanza fondamentale molto densa, poco fibrillare, ora disposta a fascetti ora a lamelle, la quale contiene le cellule per solito piccole, però non di rado provviste di parecchi nuclei piccoli e splendenti. Al contrario nei gliomi puramente duri appariscono distintamente nella sostanza fondamentale finissime fibrille, le quali possono venire isolate in lunghi fili. Esse non formano reti, come nei mixogliomi, ma stanno piuttosto in direzione paralella, disponendosi senz'or-

dine le une sotto le altre. Altre volte è impossibile isolare lunghe fibrille, e trovasi solo una sostanza fondamentale apparentemente granulosa o finamente reticolata, dalla quale è dato staccare corte e rigide fibrille: ciò avviene massime nelle forme più sclerotiche. Solo di rado i gliomi duri si avvicinano ai molli nella loro struttura, per questo che il loro tessuto offre parimenti una rete grossolana di cellule e fibre.

Gli elementi nervosi, i quali normalmente giacciono nel nevroglio e da esso vengono rinchiusi, non più si ritrovano nei tumori. Solo nel cominciare dei medesimi possonsi ancora riconoscere, mentre è già dimostrabile nel nevroglio, che rinviensi in essi, la proliferazione dei nuclei e delle cellule. Se i tumori provengono dalla ependima, s'intende da sè che non sonovi nervi, perchè anche normalmente il tessuto è privo di nervi in questo punto. Per contro essi contengono talvolta corpi amilacei come la normale ependima.

Però questi gliomi hanno relativamente la minore importanza. Per solito sono formazioni finamente granulose o verrucose, il più spesso poste alla superficie dei ventricoli laterali nello idrocefalo cronico, tuttavia anche senza di questo. Essi consistono il più delle volte di una fitta vegetazione del tessuto, talfiata dura come cartilagine, spesso priva di vasi, nel qual tessuto si scorgono in principio numerose piccole cellule, più tardi prevalente una sostanza intercellulare fibrosa. Alcune volte la si è trovata convertita in osso. La maggiore grandezza che essi possono raggiungere, è per solito appena quella di un nocciuolo di ciliegia, lo che è già un caso raro. Solo nella ependima del quarto ventricolo ho veduto formazioni più grandi. Un glioma della nostra raccolta, grande come una ciriegia, molto sodo, alquanto lobulato alla superficie, ha sede all'orlo sinistro del quarto ventricolo, più verso l'addietro; è discretamente mobile, congiunto in parte colla pia madre, sicchè di leggieri può essere considerato appartenente ad essa. Egli si è spinto crescendo nel ventricolo, e copre del tutto la fossa

romboidea. Un po' più versa l'avanti, parimenti all'orlo del ventricolo ed in connessione col plesso coroideo, ha sede un secondo nodulo della grandezza di un grano di canepa. Esisteva in pari tempo un idrocefalo. In un altro preparato trovasi una iperplasia fibrosa più diffusa della ependima del quarto ventricolo in connessione coll' idrocele ventricolare. La iperplasia si prolunga in un modo facile a riconoscersi sul principio del filo centrale della ependima dalla midolla, e forma sul punto di unione della midolla allungata col ponte del Varolio una gonfiezza a mo' di tumore, grossa 3-4 linee, quasi cartilaginea. Il caso sembra essere in parte di natura congenita, in parte di natura traumatica, e dimostra però assai bene il trapasso dallo stato irritativo cronico di questa regione alla formazione di un tumore.

Nella vera sostanza cerebrale non sono punto rari dei gliomi della grandezza di un pugno e talvolta anche della testa di un fanciullo. Per solito sono stati disconosciuti, e designati quando per cancri cerebrali, quando per sarcomi. Io stesso nel passato ho descritto una parte di formazioni appartenenti a questa categoria sotto il nome di sarcomi. In fatto la distinzione dei gliomi dai sarcomi presenta le sue grandi difficoltà, perchè effettivamente si danno abbastanza spesso trapassi, ed in parecchi casi è molto arbitrario a qual gruppo abbiasi ad annoverare il tumore. Quanto più molle e ricco di cellule è il medesimo, tanto più dubbia diventa la sua classificazione. Al contrario nelle forme dure darà piuttosto pensiero, ove porre i limiti della formazione, poichè non di rado avvengono parziali sclerosi, le quali, siano esse semplici o molteplici, tuttavia sono così circoscritte, che potrebbero bene venire considerate quali tumori. *Robin*, il quale ha esaminati parecchi di tali casi, si serve del nome di scleroma adoperato già da *Craigie* per il *semplice tumore cerebrale*. Secondo il mio parere in questi casi deve decidere la composizione interna, poichè per regola nè le sclerosi nè i gliomi hanno un limite deciso verso le par-

ti normali del cervello. Io adoprerò il nome di sclerosi finchè nel tumore vi sono ancora parti nervose di specie non dubbia, e la proliferazione cellulare non prende una parte prevalente alla formazione. In un tal caso non si andrà errato, quando si ammetta una encefalite lobulare interstiziale cronica. Se al contrario mancano le parti nervose, ed è rilevante la proliferazione delle cellule del nevroglio (mielociti di *Robin*), allora io chiamo questa formazione glioma.

Certamente *Robin* ha il merito di avere posto ben in chiaro una parte dei tumori di questa specie, specialmente dei duri; però secondo la mia opinione andò troppo lungi, quando vi annoverò ancora forme tubercolose. Anche *Leubuscher* descrisse una vegetazione del tessuto connettivo nel cervello, la quale dovrebbe appartenere a questa categoria. Del pari mi sembra debba venire considerato quale un glioma un caso descritto da *Sangalli* col nome di ipertrofia parziale del cervello. Un caso di *Arlidge* si annette immediatamente alle osservazioni di *Robin*; era un tumore duro, circoscritto alla convessità, immediatamente sotto ad una aderenza della dura madre. D'altronde null' altro è giunto a mia cognizione tranne un sottile rimarco di *Lobstein*, specialmente riguardo alle forme molli midollari, donde si potrebbe concludere che gli osservatori avessero riconosciuto il vero stato delle cose.

La più parte dei gliomi non offrono un limite deciso verso la sostanza cerebrale. Alla superficie, sia esterna, che interna, rivolta verso i ventricoli, spesso appariscono come semplici iperplasie. Un glioma dei talami incurvasi verso la cavità del cervello, quand'anche il talamo sia estremamente ingrandito; un glioma del lobo posteriore protubera nel corno discendente, come un nuovo talamo; un glioma della convessità come una circonvoluzione grandemente estesa. Anche quando si incide in istato di freschezza, il limite per solito risalta per la più forte vascolarizzazione, per la consistenza ora maggiore ora minore, per la natura più trasparente, spesso più bianco-

bluastra, avuta dalla massa del tumore in opposizione alla massa nervosa bianca e in pari tempo un po' torbida. Il limite, massime verso la sostanza grigia, non è però riconoscibile il più delle volte ad occhio nudo. Nei preparati tenuti nello spirito la distinzione riesce quasi impossibile, perchè, per la coagulazione, l'intera massa assume una apparenza bianco-torbida; si riconosce il tumore chiaramente solo in punti, ove esso assume un carattere del tutto speciale, p. es. essenzialmente vascoloso. Nei gliomi molli, ricchi di cellule, il trapasso nella sostanza normale del cervello è per solito affatto indistinguibile, ed essi appariscono piuttosto come semplici tumefazioni molli, talfiata come rammollimenti lobulari della sostanza cerebrale. Solo nelle forme piuttosto dure la delimitazione si rende un po' più decisa mediante la consistenza. Però per regola anche questi gliomi non sono duri nella loro intera spessezza; più spesso hanno un nucleo duro, una periferia più molle, od anche parecchi punti duri entro una massa molle più grande.

I gliomi adunque sono il più spesso tumori molto molli, facilmente lacerabili, biancastri, e, come si dice per solito, di apparenza midollare ed assumono un aspetto quando roseo, quando bluastro, quando l' aspetto caratteristico della ortensia, perciocchè i vasi si sviluppano in essi più abbondantemente e si dilatano. Quest'ultimo aspetto mostrasi, massime in quei luoghi ove i vasi traspariscono da una certa profondità; quando essi effettivamente si mostrano sia alla superficie, sia sul taglio, vedonsi allora anche ad occhio nudo molto distintamente i loro tronchi e rami. Nei gradi massimi di vascolarizzazione divengono molti di leggieri la sede di emorragie, le quali possono diventare in alto grado copiose nell' ulteriore decorso. Il primo germogliare avviene il più delle volte lentamente, sicchè le grandi alterazioni, altrimenti da quanto si potrebbe attendere atteso la grandezza e la sede di queste produzioni, spesso avvengono solo tardi. Succede che trovansi tali tumori

in persone, le quali non avevano offerto quasi alcun sintoma; però tosto chè apparisce il carattere vascoloso ed emorragico, e con ciò la possibilità di un tumore acuto, può aver luogo un effettivo *decorso apoplettico*; anzi non è facile di distinguere anche anatomicamente parecchi gliomi da semplici focolai apoplettici. Ciò che più da vicino deve in tali casi eccitare l' attenzione si è la sede. La solita apoplessia emorragica ha, come è noto, delle sedi molto tipiche; e precisamente quei luoghi, ove di frequente si presentano i gliomi, massime la sostanza bianca degli emisferi, dei lobi posteriori ed anteriori, come pure la superficie del cervello, non sogliono venir colpiti nelle comuni apoplessie. Anatomicamente adunque trattasi di distinguere i gliomi emorragici dalle emorragie traumatiche, dalla encefalite acuta (rammollimento rosso), dalle emorragie da rottura di aneorismi di arterie cerebrali, locchè talvolta è possibile solo per accuratissimo esame.

I *gliomi emorragici* non sono molto difficili a riconoscersi nello stato fresco, bensì dippiù quando la emorragia è antica. La emorragia è quasi sempre *parenchimatosa*, il sangue giace entro il tumore e fra i suoi elementi, donde una gonfiezza più o meno grande; se è in copia, si coagula in grossi trombi, i quali si addensano assai presto per perdita di acqua, diventano secchi e da ultimo si scolorano. Allora rimangono addietro nodi sodi, bianco-gialli, brunicci, verdastri, giallo-rossastri od altrimenti di consistenza *caseosa*, i quali il più delle volte hanno somiglianza coi noti *coni fibrinosi* della milza e dei reni, e specialmente coi trombi antichi (ematomi) della placenta, e possono venire scambiati di leggieri con altri stati di apparenza caseosa, p. es. con tubercoli, tumori gommosi ecc. Se col tempo avvengono ripetute emorragie, le antiche e le nuove masse giacciono molteplicemente attraverso ed accanto l' una all' altra, ed appunto allora il coloramento è grande. Una parte del sangue, che forma trombi più attaccaticci, produce grandi nodi caseosi o *fibrinosi*, biancastri o giallo-

biancastri; un' altra, che giace più disseminata, rapidamente trapassa in pigmenti diffusi, granulosi e cristallini, di colore giallo, rosso o bruno: le parti le più fresche del sangue si mostrano quali masse rosso-scure, talvolta rosso-nere o negli strati profondi rosso-bluastre. Il tutto dà un aspetto estremamente variopinto e in pari tempo multiforme.

Certamente ciò non è caratteristico pel glioma. I mixomi ed i sarcomi telangiectasici possono presentare stati del tutto somiglianti, ed è perciò sempre necessario un esame accuratissimo. Però l' apparenza descritta non autorizza in ogni caso di farne peculiari specie di tumori. Il colore solamente può essere proprio ai più distinti tumori. Così sotto il nome di *cloroma* è stato descritto un tumore verde, che vedesi spesso, massime nel cervello e nelle sue membrane, il quale in ogni caso deve venire distinto in varie specie.

In parecchi gliomi mostrasi entro la sostanza una *metamorfosi grassosa* degli elementi, la quale offre una certa somiglianza coi processi del rammollimento cerebrale giallo. Poscia la sostanza intercellulare si fonde, e formansi cavità del tutto simili a quelle del rammollimento cerebrale giallo, il quale è del pari uno stato che decorre nel nevroglio, e proviene da degenerazione adiposa degli elementi e fusione della sostanza intercellulare. Il tumore può assumere una specie di carattere *cistoide*, e si trovano cavità ripiene di un liquido misto a granuli, però chiaro. Distinguesi dalle vere forme cistiche per ciò che esso tumore non possiede una parete liscia, bene limitata, ma piuttosto una parete ruvida o villosa all' interno, e corrono non di rado liberi entro la cavità grandi vasi ancora permeabili, denudati pella fusione del circostante tessuto. Il tumore dunque non è una mera cisti nello stretto senso; è solo uno stato cistoide.

Tanto la metamorfosi grassosa che il rammollimento cistoide si accompagnano talvolta ad emorragia parenchimatosa, e traggono a morte con sintomi apoplettici. Questa forma è anatomicamen-

te difficilissima a decifrare, perchè è possibile che sopra grande estensione non si presentino elementi istologici, che permettano di concludere sul carattere della formazione. Specialmente nel mezzo del tumore trovasi talvolta materiale solo emorragico e grassoso accanto a vasi piuttosto grandi, forse metamorfosati parimenti in grasso. Devesi allora procedere fino agli strati marginali più esterni per vedere i veri elementi del tumore in florido stato; quivi però mostransi ancora non di rado in istato lussureggiante.

Il decorso dei gliomi è in generale lento, e spiegasi da ciò che essi spesso crescono ad una considerevole grandezza senza causare qualsiasi accidente. Le forme dure, più infiammate, possonsi talvolta riferire a condizioni determinate, come meglio lo mostrano le forme ependimatiche congiunte con idrope ventricolare. Al contrario nelle molli il loro cominciamento perdesi quasi sempre in una incerta lontananza, e per regola nulla s' impara su la causa locale. In un caso molto caratteristico, ove si trovò un glioma del lobo posteriore destro protuberante verso il ventricolo accanto ad un forte idrocefalo interno, i dati anamnestici arrivavano fino a 7 anni prima. In altri poi non si ebbero accidenti fino a breve tempo prima della morte, ed il subentrare della medesima datava certamente dal punto, in cui speciali evenimenti si complicarono alla formazione del tumore. Di questi se ne debbono menzionare due specie.

La prima è la formazione di vasi congiunta così spesso coll' ulteriore sviluppo. Da ciò è data la possibilità di grandi *flussioni* (congestioni), che producono acuti cambiamenti di volume del tumore e danno subitanei fenomeni di compressione cerebrale (peso al capo, sopore, paralisi), oppure irritazione del cervello (dolore, eccitamento, crampi). Se la flussione trapassa nella emorragia, può allora trarre seco tutti i sintomi dell' *apoplessia*, anzi può fare la impressione, come se esistesse una apoplessia genuina. Col coagularsi dello stravasato, col riassorbirsi delle sue parti liquide, col trasformarsi del

pigmento dei corpuscoli sanguigni può subentrare un miglioramento lungo o breve, il quale poscia può venire di nuovo interotto mediante un attacco apoplettico forse mortale. Se rimane allo stato di semplice flussione, l'attacco può rapidamente scomparire e lasciare un apparente completo benessere. Ripetendosi però questi attacchi, il più delle volte avviene all'interno dei tumori un ampliamento progressivo, talvolta una più estesa neoformazione di vasi, e si sviluppano processi infiammatori il più spesso decorrenti colla forma del rammollimento.

La seconda specie di evenimenti è lo sviluppo di un *idrocefalo ventricolare*. Questo ben di rado manca, quando il male dura da lungo tempo dal lato dove giace il tumore, il che dimostra che, sia la irritazione, sia l'alterazione del circolo, è molto più estesa di quello che sarebbe da attendersi stando alla giacitura del tumore. Al massimo di frequenza insorge questo idrocefalo quando la neoformazione è posta in modo da esercitare immediatamente la sua pressione sui grandi tronchi venosi o seni. Ciò vale massime pei gliomi del talamo ottico e dei lobi posteriori, i quali comprimono le vene coroidee, la vena magna di Galeno od il seno trasverso. Quivi l'idrocefalo raggiunge un grado straordinario.

Però nè le flussioni ed emorragie, nè l'idrocefalo consecutivo, sono da ascriversi specialmente al glioma. Il sarcoma cerebrale, che è così affine al glioma, dà fenomeni del tutto somiglianti. Al contrario il cancro cerebrale, il quale così frequentemente viene descritto con accessi di tal fatta, ha, secondo la mia esperienza, molto minore tendenza ad accessi flussionari ed emorragici, lo che combina bene colla sua vascolarizzazione il più delle volte piccola. Questa distinzione è perciò di qualche importanza, perchè massime nei gliomi la questione della loro *guaribilità* non può venire trasandata. In essi avvengono fenomeni regressivi, specialmente metamorfosi grassose, in grande estensione. Con ciò è data ancora la possibilità del riassorbimento; e tratterebbesi solo di sapere se ancora

l'ulteriore sviluppo di nuove deposizioni di tumore, alla circonferenza del focolaio già esistente, può venire impedita colla terapeutica. Io non nego che finora non si conoscono fatti che parlino in favore di questa ipotesi; però le indagini vi sono state poco dirette. In ogni modo i temporanei miglioramenti possonsi ottenere anche per un tempo piuttosto lungo, e questo è già sotto date circostanze un grande guadagno pei malati e per le loro famiglie.

Il più delle volte i gliomi cerebrali sono *solitari*. Ciò vale massime per le forme molli, mentre le sclerotiche sono spesso multiple. Di più esse non si diffondono oltre il nevroglio. Le membrane esterne possono, quando il tumore è superficiale, essere congiunte al medesimo od al suo contorno, però sono libere dalla formazione del tumore. Anche altri organi non sogliono partecipare al processo, forse con eccezione della retina di cui si parlerà fra poco. Perciò puossi dire, che i gliomi cerebrali agiscono in un grado altamente insolito come male locale; e sebbene possano produrre accidenti gravi, tuttavia non hanno una natura maligna. Le forme dure, come pure le ependimatiche, si attaccano senz'altro a certi processi infiammatori cronici. Però anche le forme molli sembrano molto spesso prodotte da cause che agiscono affatto localmente. In parecchi casi la cagione ne è un trauma, il quale forse produsse una lieve contusione cerebrale. In altri questo certamente non può venir addimostrato dalla anamnesi; al contrario la sede del male parla per una origine locale. Secondo le mie esperienze, la sede la più comune è uno dei lobi posteriori, e dopo questi la circonferenza superiore e laterale degli emisferi del cervello; adunque precisamente quelle parti, le quali nelle azioni traumatiche (colpo, caduta sull'occipite ecc.) possono il più facilmente venir colpite. I tumori dei grandi gangli centrali (talami dei nervi ottici e corpi striati) sono per regola sarcomi o cancri.

I gliomi iperplastici si presentano talfiata *congeniti*. Se al-

cuni dei casi descritti come parziale ipertrofia del cervello, con o senza ectopia (encefalocele) appartengano a questi, io non oso deciderlo; ad ogni modo la forma del tumore sacrale congenito, di cui fra poco, parla molto per tale possibilità. Io ho visto un caso, ove sembra essersi ripetuta una formazione di glioma in due fanciulli della stessa madre. La prima volta l'esame fu fatto da un altro medico, il quale tenne il tumore per un cancro. La seconda volta per la gentilezza del dott. *Strassmann* abbiamo avuto noi stessi la opportunità di fare l'esame; ne emerse, che erano gliomi sclerotici, i quali si erano rialzati dalla massa cerebrale in forma di tumori duri. In pari tempo trovaronsi nel cuore dei curiosi mixomi.

Io aggiungo qui una forma di tumore, cui non so se debbo nello stretto senso della parola comprendere fra i gliomi, cioè la *iperplasia della glandula pineale.* Nella incertezza della importanza fisiologica dell'organo e dei suoi elementi io naturalmente non posso decidere, se il tumore che nasce per aumento di questi elementi non debba piuttosto venir ascritto ai nevromi. Solo posso stabilire, che parecchi gliomi della sostanza cerebrale appaiono grandemente simili ai tumori iperplastici della glandula pineale tanto allo esterno, quanto nella natura dei loro elementi. Inoltre nessuno, a mio sapere, ha ancora determinata la natura nervosa delle cellule a quattro raggi della glandula pineale.

La iperplasia di questa deve venir distinta dallo *hydrops cysticus conarii*, il quale in ciò consiste, che la piccola cavità, posta alla base della glandula, chiudesi, e si dilata assai per accumulo di fluido acquoso. Esternamente e sintomaticamente ambo gli stati possono essere del tutto simili. La iperplasia forma un tumore solido, rosso grigio, lievemente lobulato od anche liscio, rotondeggiante, il quale può crescere fino ad una noce di avellana ed anche più. Al taglio mostra il noto tessuto grigio, umido, riccamente attraversato da vasi della glandula pineale, nel quale, nelle persone attempate, non sogliono

ancora mancare corpi sabbiosi in gran numero. Istologicamente gli elementi cellulari sono un po' più grandi e più sodi del normale.

Sebbene le osservazioni piuttosto antiche riguardo la natura del tumore non siano del tutto sicure, tuttavia combinano colla mia esperienza che la iperplasia possa insorgere molto per tempo. Io stesso vidi già l'ingrandimento della glandula pineale in un ragazzo di sei anni morto sotto fenomeni di aracnoite dopo il morbillo, nel quale la necroscopia mostrò solo una forte iperemia della sostanza midollare. Però la iperplasia avviene anche nei vecchi: così la vidi io recentemente nella stessa donna, della quale io poco fa descrissi il psammoma della dura madre. Se parecchi dei casi di glandula pineale ingrandita descritti per cancri appartengano a questa categoria, io non posso deciderlo. Ad ogni modo la più parte di queste gonfiezze hanno una grande importanza per lo stato del cervello. Esse agiscono in parte per la pressione dei corpi quadrigemini, in parte per la compressione della vena magna di Galeno, la quale compressione dal canto suo di leggieri diventa la causa dell'idrocefalo.

Rammento qui con una certa esitazione anche una formazione a guisa di tumore, cioè la *iperplesia parziale della sostanza midollare delle capsule soprarenali.* È noto che questa è stata ritenuta da molti recenti osservatori per una sostanza essenzialmente nervosa. Ciò è possibile; però la circostanza già testè da me posta innanzi, che, oltre i comuni elementi della sostanza midollare, vi si presentino, spesso in gran copia, cellule gangliari simpatiche, impone qualche circospezione. D'altro lato non si può negare, che gli elementi comuni della sostanza midollare dei reni succenturiati (cellule molto molli, pallide, debolmente granulose, parte stellate, parte irregolari, con nuclei relativamente grandi e nucleoli) mostrino non poca somiglianza cogli elementi della glandula pineale, ed è questo il motivo, per cui io metto i tumori in questione prov-

visoriamente accanto ai gliomi. Trovansi talvolta le capsule soprarenali gonfie con nodi, come se 3, 4 o più tumori rotondeggianti, grandi da un pisello ad una ciliegia, si alzassero dalla loro superficie. Se si tagliano, vedonsi questi sorgere dalla sostanza midollare, e siccome essi mostrano la stessa composizione, così non si può per lo meno rimanere dubbiosi di designarli per parziale iperplesia. Una volta io li trovai nello stesso caso uniti a glioma del cervello (vedi 142, Aum.).

Il glioma sembra inoltre che si presenti in una determinata regione, cioè alla estremità inferiore dell' asse nervoso, come una specie dei così multiformi *tumori sacrali congeniti*. In un caso vidi che il peduncolo della produzione si prolungava continuatamente nel canale vertebrale, ed era congiunto col filum terminale. É da rammentarsi, come già rimarcai, che la midolla originariamente giunge sino alla estremità del canale vertebrale. Se ora ivi ha luogo uno sviluppo iperplastico del nevroglio, la produzione può alzarsi, impedire la chiusura del canale vertebrale, ed uscire, in forma di un grande tumore, all' ano od al coccige. La sostanza interna di questo tumore aveva una grande rassomiglianza colla sostanza cerebrale, massime colla sostanza corticale del cervelletto. Essa era discretamente vascolarizzata, di apparenza midollare, di consistenza molle e di natura più omogenea, e conteneva istologicamente, in una sostanza fondamentale granulosa molto molle, una grande quantità di nuclei e cellule grandi e piccole, disposte come quelle che si trovano nella sostanza corticale del cervelletto. Però non ogni volta che ritrovasi una tale formazione nei tumori sacrali congeniti si è autorizzati a ritenerla per semplice iperplasia; io ho più tardi trovato il medesimo tessuto anche in alcuni di questi tumori, che erano del tutto separati dal canale spinale, e quello era da ritenersi per formazione *eteroplastica*. Ritornerò su questo soggetto parlando dei teratomi; quivi però rammento, che ciò è importante per alcuni altri casi.

Inoltre debbo ricordare quella forma, che si presenta nei nervi, specialmente cerebrali, i quali si offrono come immediate ripiegature della sostanza cerebrale, al massimo di frequenza nell'*acustico*. Si dà un certo numero di cosiddetti nevromi dell'*acustico*, i quali provvengono essenzialmente dal nevroglio (perineurio). Se anche ciò abbia luogo nei nervi periferici, è poco sicuro, non essendo stata fatta una esatta divisione dei neuromi, dacchè si è ottenuta una esatta conoscenza tanto di quelle forme, che io già recentemente menzionai, massime delle mixomatose, quanto ancora dei vari neuromi; tuttavia dietro le osservazioni piuttosto antiche io tengo ciò non inverosimile.

Da ultimo è da introdursi in queste serie un certo numero di *tumori della retina*, i quali in questi ultimi tempi furono il più delle volte ritenuti per carcinomi. Essi sono sviluppi progressivi del tessuto connettivo molle della retina, i quali nella loro composizione combinano abbastanza coi tumori cerebrali descritti. Certamente qui è assai difficile di tirare un limite fra le forme di sarcoma, e sarà d'uopo di una ulteriore accuratissima osservazione, per separare entro il dominio dei tumori della retina i tumori gliomatosi, lo che potrebbe essere forse di grande importanza per la prognosi.

La questione sulla natura dei tumori midollari della retina è stata già per lungo tempo soggetto di disputa. È merito specialmente di *Wardrop* di avere, non solo eccitata questa questione, ma anche di avere mostrato che dannosi cosiddetti cancri, o, come egli dice, funghi dell'occhio, i quali originano solo dalla retina, riempiono la camera posteriore guastando il vitreo, lasciano libera la coroide, e formano una massa caliciforme, la quale da un lato è congiunta col nervo ottico, dall'altro coll'ora serrata. *Maunoir* ha accettata questa osservazione, donde la sua teoria già menzionata del fungo midollare. D'allora in poi si è per lungo tempo distinto in oftalmologia il fungo midollare (fungus medullaris, sarcoma medullare, fungoides) ed il cancro (cancro, scirro, carcinoma), e per vero

in un senso essenzialmente diverso da quello inteso da *Giuseppe Beer*, quando distingueva una oftalmia fungosa o sarcomatosa dalla oftalmia scirrosa e carcinomatosa; poichè per esso il fungo proveniva dalla congiuntiva, pegli Autori posteriori dalla retina.

Naturalmente si attaccò di leggieri a questa distinzione il concetto della natura migliore del fungo. Per tale opinione sembrava parlare dall'un canto il successo favorevole e duraturo di varie estirpazioni dell'occhio eseguite dopo fungo midollare, d'altro lato la spontanea involuzione della malattia con raggrinzamento del globo oculare (tisi od atrofia del bulbo). Certamente questi due casi erano non solo rari, ma anche contestabili, e la più parte degli osservatori perciò persistette da ultimo nel concetto della unità della malattia, come di natura carcinomatosa. Solo alcuni pochi tennero fermo a porre il fungo midollare in un rapporto prossimo alle parti nervose, e massime a designarlo per una *ipertrofia dei nervi*.

L'esame anatomico, come è naturale, potrebbe qui solo decidere. Poichè la malignità va congiunta a svariatissimi elementi di struttura, e trattasi piuttosto di un vario grado di malignità, di quello che di una assoluta distinzione fra maligno e di buona natura. Ma purtroppo l'esame anatomico grossolano insegna nulla più del fatto certamente indubitato, che tumori molli provengono dalla retina. *Weller* si ricorda di un occhio amaurotico, nel quale l'intera retina era seminata di grandi vegetezioni rosso-brune, giallo-biancastre, introducentesi profondamente nel vitreo; però questa malattia distinguesi ancora dal fungo midollare. Fra i casi, che specialmente appartengono a questi, è stato riprodotto al massimo di frequenza quello di *Saunders*. Un fanciullo di 9 mesi ammalò dapprima nell'occhio sinistro, il quale da ultimo protuberò fuori dell'orbita in forma di una massa rossa, grande come una mela. All'età di 15 mesi l'occhio destro venne pure colpito. Di poi a 3 mesi morì il fanciullo, e si trovò la retina di quest'occhio

mutata in un tumore fungoso, diviso in piccoli lobuli, il quale occupava lo spazio del vitreo e della lente, ed era separato dalla coroide mediante un liquido torbido, coagulabile. Il globo oculare sinistro era per intero cambiato in una massa dura, fibrosa e ricca di vasi, nella quale non si riconoscevano più le singole parti. *Lincke* narra di un fanciullo, nel quale la madre sua rimarcò già nella 5ª settimana del parto, dopo una oftalmite doppia, l'occhio di gatto (era l'occhio sinistro), e che morì nella 30ª settimana. Anche quì si trovò un distacco della retina mediante un liquido giallo; la retina stessa era increspata in forma di imbuto e fornita alla sua superficie esterna di un tumore grosso come una mezza noce avellana lungo 1ʃ2″, molto molle, polposo, bianco e di aspetto simile al cervello, lobato alla sua superficie. Consimili casi furono osservati da *Ware*, *Mackenzie*, *Fritschi*; *Panizza* specialmente deserscrisse con accuratezza un caso, il quale tanto durante la vita, quanto dopo la estirpazione del bulbo, offriva la più grande somiglianze col fungo midollare maligno, e tuttavia decorse favorevolmente. Quivi si trovò la coroidea affatto normale, e la massa del tumore, congiunta colle parti esterne della retina, divisa dalla coroide mediante un liquido sieroso; dopo il distacco del tumore rimase un cordone imbutiforme, il quale correva dalla lente al nervo ottico.

Si può quì, come in casi simili, porre la questione, se la massa del tumore non era semplicemente depositata alla superficie posteriore della retina. In fatti *Sichel* ha descritto sotto il nome di *essudati subretinici* una serie di tali casi appartenenti tanto all' uomo che al cavallo, ed ha ritenuto la massa apparente del tumore essere un essudato plastico, purulento, addensati. Ora è abbastanza noto, che gli essudati subretinici avvengono con distacco della retina dalla coroide, e certamente di consueto nella forma liquida designata da *Wardrop* col nome di idrope della coroide; non si può però negare, che anche qui può presentarsi pus. Ad ogni modo però questo suol

presentarsi in forma fluida, e non come una raccolta soda. In oltre *Sichel* in quel caso non ha addotta la prova della esistenza del pus, e l' esempio da esso portato di una endoftalmite purulenta traumatica dei conigli offre una forma la quale distinguesi dai casi nell' uomo tanto, che deve tenersi per arbitraria la sua spiegazione di questo caso, quando egli altrove asserisce di avere guarito un vero encefaloide dell' occhio mediante una cura antiflogistica.

La spontanea involuzione di malattie maligne dell' occhio interno fu già ammessa da osservatori anteriori; però noi non sappiamo di quale natura fossero queste malattie. Secondo il mio modo di vedere è molto verosimile che fossero gliomi; però ciò non si può dimostrare. Per un dato tempo si è certamente creduto che fosse un indizio specifico del cancro lo speciale splendore metallico, talfiata giallo d' oro, del fondo posteriore dell' occhio, dal quale *Beer*, senz' ulteriore dettaglio sulla natura del male, aveva tratto il nome di *occhio di gatto amaurotico*. Però risultò sempre più distintamente, lo che già seppero da lungo tempo i migliori osservatori, che questa apparenza presentasi nei più svariati prodotti subretinici, massime nell' idrope interno della coroide. Dopochè Graëfe ha da ultimo reso verosimile, che almeno l' apparenza giallo d' oro dipenda da una metamorfosi grassosa della retina, ciò ha perduto per intero la sua importanza.

Si potrebbe per ciò solo chiedere, se quelle masse sode vennero prodotte da qualche altro processo. La obbiezione di *Radius*, che i casi guariti siano da riferirsi all' idrope della coroide, non è ammissibile per quelli che furono esaminati anatomicamente. Al contrario è stata messa innanzi la opinione che fossero di natura scrofolosa o tubercolosa. Rispetto alla scrofolosi, essa non deciderebbe nulla, poichè i suoi prodotti consueti sono precisamente iperplastici. Una vera tubercolosi però dovrebbe al meno offrire una tale tendenza alla guarigione spontanea, la quale in questi casi non è stata giammai ad-

dimostrata. Anche l'origine traumatica qui non spiega nulla, poichè parecchi tumori del globo oculare che decorrono del tutto malignamente si sviluppano dietro colpi ed urti nell' occhio.

Segue dalle cose dette, che solo mediante un esatto esame microscopico è possibile la decisione. Questa venne data dapprima da *Langenbeck*. In un preparato descritto già da *Mühry* sotto il nome di fungo midollare, nel quale la malattia giungeva certamente fino al chiasma, egli credette di potere riconoscere gli elementi del nervo ottico e della retina, dunque una ipertrofia. Poscia egli descrive piccoli tumori della retina, i quali giungevano fino al doppio di grandezza di un grano di papavero, sotto il nome di neuròmi della retina; essi risiedevano nella sostanza corticale della medesima ed erano derivati secondo *Langenbeck* da un aumento dei globuli midollari. Queste opinioni erano ancora molto incerte, come lo permetteva lo stato imperfetto della scienza d'allora sulla fina anatomia della retina; tuttavia mostravano, che l'idea una volta nata non andava perduta.

Gli osservatori posteriori si fermarono alla identificazione col carcinoma midollare. *Rapp* massime addimostrò in un caso « globuli » un po' irregolari con contenuto granuloso, in un altro corpuscoli caudati. *Fritschi* distinse un tessuto fondamentale cellulare, formante sezioni piuttosto grandi, uniformemente lobate, che conduce numerosi vasi, ed entrovi adagiata la massa midollare costituita da « globuli « angolosi, elittici e rottondi. I globuli, i quali si disponevano variamente in serie, come a formare una fibra, stavano in ragione di grandezza fra i globuli della midolla cerebrale e quelli della sostanza corticale del cervello. Quanto esatta è questa descrizione, altrettanto poco ci insegna sulla posizione del tumore. Solo *Robin* spiegò in un caso di *Sichel*, pel quale appunto costui ha creato il nome di pseudoencefaloide, essere il tumore midollare della retina composto esclusivamente di normali elementi, i

quali corrispondono principalmente ai « granuli » (mielociti) degli strati posteriori; ed egli ripetè in questa occasione l' opinione espressa già da *Wardrop*, che un cancro della retina non sia ancora dimostrato. *Mandl* mise in sodo il non presentarsi delle cosiddette cellule cancerose nei tumori della retina, nullameno però credette di dover ritenere questi per cancri. *Lebert* al contrario combattè questa opinione, cercando di provare il presentarsi delle specifiche cellule cancerose. Ciò non ostante posteriori osservatori hanno dovuto esprimersi in altro senso, e *Lebert* stesso ha comunicato un caso di « cancro atrofico » dell' occhio, che gli sta contro. *Hulme* ha descritto un caso che decorse malignamente, ove solo cellule piccole, rottondeggianti, un po' irregolari, componevano il tumore della retina; certamente egli non dice nulla della identità di questi elementi con quelli della retina normale. Anche le descrizioni di cancri midollari della retina e dell' ottico di *Hulke* combinano poco colle già note forme del cancro. Al contrario *Schweigger* ha dimostrato con grande certezza la formazione di un tumore midollare della retina da una iperplasia dello strato granuloso, e tanto *E. Müller* che *Klebs* trovarono, certamente sotto rapporti un po' diversi, rilevante „ ipertrofia „ della retina e della coroide. Io non oso decidere se il caso di *Dezaneaux*, di un tumore „ fibroso „ apparentemente di buona natura nella regione della papilla, appartenga a questa specie.

Sebbene non sia più dubbio che si dia uno speciale tumore retinico, composto di elementi relativamente omologhi, però la questione della sua importanza clinica deve rimanere in disparte. Piuttosto è da decidersi se gli elementi del tumore provengano effettivamente dal tessuto nervoso. Già alcuni osservatori anteriori, massime *Dzondi* e *Klüge*, fanno procedere il fungo midollare dal tessuto cellulare e per quello dell' occhio dal neurilema dell' ottico. Sul principio però questo nervo è il più delle volte affatto immune; il tumore comincia nella retina, e

perciò trattasi di sapere se i suoi elementi sono nervosi nel senso di *Langenbeck*, oppure no. La possibilità di una tale distinzione fu solo data mediante le ricerche di *E. Müller* e dei suoi seguaci. Io stesso da lungo tempo ho già indicato un tessuto interstiziale della retina, il quale in vari casi diviene la sede di metamorfosi grassosa. Altri osservatori sono andati oltre. Massime *Blessig* ritiene la più gran parte della retina per tessuto connettivo, e *Schultze*, cui riuscì di mostrare la fina analogia col tessuto intermediario del cervello, ritenne come di natura connettiva almeno una grande parte degli strati granulosi ed intergranulari. Anche ora questa questione non è pienamente terminata; io però non ho intenzione di considerare come tessuto connettivo con *Schultze*, fuori delle fibbre protettrici propriamente connettive, massime lo strato intergranulare e certe parti costitutive degli strati granulosi, e di porre gli ultimi paralellamente al nevroglio degli organi centrali.

Originano da questo tessuto i tumori, che io chiamo gliomi della retina. Però provengono dal medesimo certamente anche parecchie altre neoformazioni infiammatorie, nonchè altri tumori, che io, stando alla divisione da me proposta, debbo porre fra i sarcomi. Qui vanno annoverati specialmente i tumori a cellule più grandi, cui la più parte degli autori designano per funghi midollari, encefaloidi o decisamente per cancri. Quest' ultimo io lo ritengo a torto; veri cancri, anche secondo le mie osservazioni, sono estremamente rari nella retina; ciò che non é glioma può venire senz' altro considerato quale sarcoma. La difficoltà principale sta però in ciò, che si danno ancora forme miste. Io ho visto tumori, che costituiscono immediati *trapassi dal glioma al sarcoma*, ed uno distintissimo in un occhio di un fanciullo di 3 anni estirpato da *Graefe*. Un tale trapasso è forse molto frequente, almeno questa supposizione sembrami spiegare meglio le varietà del processo.

Aggiungi che non esiste un limite esatto fra i gliomi e le *neoformazioni infiammatorie* della retina. Come ogni sviluppo

iperplastico secondo le cirostanze può assumere un decorso infiammatorio ed uno non infiammatorio, così succede anche qui. La esperienza insegna, che non di rado il principio del « fungo midollare » coincide con una oftalmia. Il nome di glioma conviene dal momento che la neoformazione, sia essa anche infiammatoria, assume un carattere più duraturo e la forma di tumore, naturalmente supponendo sempre, che essa sia composta di elementi omologhi. Una retinite purulenta non può mai produrre un glioma.

Da questa esposizione risulta, che le antiche descrizioni vanno utilizzate con grande precauzione. Nel più dei casi non è più possibile decidere, se il tumore era un glioma semplice od infiammatorio, o se un sarcoma od un gliosarcoma. Non posso respingere l' asserzione di *Travers*, che lo stesso tumore assuma proprietà affatto differenti secondochè esso origina da vari tessuti; che dunque nodi turchini e neri caratterizzino il fungo della coroide, nodi midollari quello dell' ottico e del cervello, brani fibrosi quello della sclerotica; che però questi nullameno siano identici in complesso. Anche nella coroide dannosi primariamente nodi midollari, ed anche i tumori della sclerotica possono essere scolorati. Si danno quivi forme di tumori affatto varie. Solo quelle che provengono dalla retina sono, a mio parere, in complesso o gliomi, gliosarcomi, o sarcomi, e se io nel parlarne più oltre non li distinguo interamente l' uno dall' altro, ciò avviene parte a cagione della frequente combinazione dei medesimi, parte in causa del piccolissimo materiale da me posseduto.

Già dagli addotti esempi risulterà, che la sede della formazione gliomatosa è bastantemente tipica. Le parti interne della retina giacenti prossime al vitreo, le quali contengono principalmente la espansione dell' ottico, sono prese nella formazione gliomatosa, come sembra, poco o solo tardi. Certamente si dà anche qui una vegetazione interstiziale, la quale praticamente è di grande interesse; io reputo tale il *gonfiarsi della papilla*

dell' ottico nei tumori cerebrali, sulla quale *Graëfe* per primo rivolse l' attenzione, ed in cui io e *Schweigger* abbiamo riconosciuta una vegetazione iperplastica del tessuto interstiziale quale base della intumescenza. Per certo questo è un avvenimento molto interessante a cagione della analogia del processo nel cervello e nell' occhio. *Graëfe* vide ciò esclusivamente nei « sarcomi » del cervello. In uno di questi casi, che viene conservato nella nostra collezione, trattasi di un glioma del lobo posteriore, molle, molto ricco di sangue, grosso quasi come un pugno, con disposizione molto bella, reticolata, degli elementi, il qual glioma protubera nel ventricolo laterale. Però la vegetazione sulla retina, come finora il fatto mostra, giunge solo a costituire semplici rilevatezze, non una vera formazione gliomatosa. L' ultima proviene piuttosto dagli strati esterni della retina rivolti alla coroide. Da ciò si spiega l' opinione così spesso esternata, che il « cancro » si sviluppi fra retina e coroide, o che esso sia puramente un essudato subretinico.

Di solito avviene certamente per tempo un distacco della retina vegetante dalla coroide per fluidi acquosi. La retina si spinge verso l' interno, verso il vitreo, con nodi e sinuosità; si limita talvolta solo alla papilla del nervo ottico ed all' ora serrata, e così forma attorno al vitreo rimpiccolito un imbuto a grosse pareti, aperto anteriormente. Come s' intende, questo contiene nei suoi strati interni le parti costitutive sode, od ipertrofiche, indurite o più normali, mentre le esterne formano la vegetazione molle. Questa lasciasi talvolta così snucleare dalla massa interna, che le parti interne appariscono come qualche cosa di speciale ed a sè, e le esterne come una deposizione. Io ho visto ciò recentemente assai bene nell' occhio di una fanciulla di tre anni, estirpato da *Graëfe*, e sono persuasissimo che le osservazioni già menzionate di *Panizza*, *Lincke*, *Sanders* ed altri fossero di natura del tutto analoga. Questa distaccabilità ed il carattere a piccole cellule della formazione hanno il più delle volte contribuito a riferire questi ca-

si a retinite o coroidite scrofolosa. Quivi non è da trasvolarsi che semplici e più induranti ingrossamenti della retina, i quali certamente lasciano vedere parecchi trapassi al glioma, sono già da lungo conosciuti nell'idrope interno della coroide.

Altre volte la retina rimane giacente sulla coroide, oppure si congiunge direttamente con quella. In ogni caso la sua grossezza aumenta più e più, lo spazio pel vitreo diviene sempre più limitato, e l' intero segmento posteriore dell' occhio si riempie a poco a poco del prodotto. Allora la retina s'increspa verso l'interno, sicchè le sue singole ripiegature vengono a giacere l' una sull' altra, e sulla sezione dell' occhio sembra che solo una massa contorta ne riempia l' interno. Però anche in un tal caso ho potuto ancora dimostrare la membrana limitante e le appendici delle fibre protettrici. In tal caso la circonferenza esterna e la forma del bulbo può essere ancora quasi immutata.

Per regola non è l'intera retina che diffusamente ammalò. Il tumore origina da un determinato focolaio e cresce, parte ingrandendosi questo focolaio per interna vegetazione, parte nascendo nelle adiacenze nuovi focolai. Perciò la formazione, quando è grande, mostra al taglio un' apparenza lobata e più tardi certe parti della retina sono più dense, altre più tenui.

Se il prodotto va oltre, l' occhio in complesso gonfia, la lente e l'iride vengono spinte all' avanti, la cornea tesa assai, le parti esterne si iniettano e vascolarizzano sempre più, e da ultimo segue la rottura del prodotto. Frequentissimamente ciò avviene all' avanti sul margine della cornea o attraverso questa, più di rado attraverso la sclerotica, raramente verso l' addietro. Da quel punto comincia il vero stato *fungoso*, la *exophthalmia fungosa*. Esposto all' aria il fungo assume un aspetto rosso-scuro, di leggieri sanguina, secerne molto liquido e cresce con grande rapidità.

Questa suol essere per regola una forma mista, una combinazione col sarcoma. Il limite del vero glioma viene a mio

parere indicato dalla grandezza e forma degli elementi. Finchè i singoli nuclei e cellule non oltrepassano, o solo di poco, la grandezza degli elementi normali degli strati granulosi, si può ritenere la vegetazione per una semplice iperplasia. Se però diventano più grandi dei comuni corpuscoli mucosi, se i loro nuclei massime crescono ancora di più, se le singole cellule contengono parecchi nuclei grandi, assai sviluppati, o divengono fusiformi, allora penso che sorga il carattere sarcomatoso.

Rispetto al glioma semplice esso sviluppasi davvicino dagli strati granulosi ed intergranulosi. Perciò può succedere, come nel caso di *Robin*, che i bastoncini siano ancora conservati; più tardi si distruggono. Per solito però, come si è detto, la membrana limitante interna si mantiene lungamente, e le fibre protettrici che ne originano si addensano talmente, che esse scompongono il tumore in una serie di segmenti o lobi. La massa principale del tumore è però costituita da ammassi prodigiosi di nuclei e cellule. Le ultime rassomigliano talfiata ai nuclei piccoli, rotondi, lievemente risplendenti degli strati granulosi, altre volte esse sono più grandi e più granulose. Le cellule sono in pari tempo piccole con un corpo cellulare mediocre anzichenò, il quale per regola ha una forma rotonda, talvolta più o meno irregolare, provvista di sottili prolungamenti. Non di rado essi si scorgono, come già vide *Fritschi*, in molteplici serie l'una accanto all'altra, talquale si presentano ancora nella retina normale. Questi accumuli possono benissimo venire paragonati alle panocchie del frumentone. Qua e là si isolano singole lunghe fibro-cellule con lunghi prolungamenti ed un corpo cellulare molto breve e sottile; ed inoltre parecchie di esse si attaccano l'una sotto l'altra. Di sostanza intercellulare se ne osserva poca. Essa apparisce allo stato fresco quale una massa amorfa finamente granulosa, mentre indurita mostra una struttura finamente reticolata. Da ultimo aggiungi vasi piuttosto numerosi, in parte però molto am-

pii, i quali attraversano il tessuto in tutte le direzioni. Massime dopo la perforazione e dopo formata una vegetazione esterna essi aumentano tanto, che anche alcuni autori recenti loro hanno mantenuto il nome di fungo ematode.

Tale è la struttura di tumori di fresco vegetanti. Nei vecchi trovansi varii indizi di distruzione, specialmente masse grassose e calcari. Le ultime sono state descritte da *Robin*. Queste io le trovai sotto la forma di granuli bianchi o grumetti in grande estensione nel glioma già menzionato della fanciulla di 3 anni, il quale per la sua mollezza e distaccabilità dai cordoni interni della retina mostrò già, che esso era caduto in una specie di scomponimento. È molto probabile che questo sia il principio di una *spontanea involuzione*.

La vera massa del tumore presentava qui una sostanza pultacea bianca di color latteo, nella quale risaltavano ad occhio nudo punti di apparenza cretacea o granuli. Gli ultimi constavano quasi per intero di cellule a granuli grassosi e corpuscoli a granuli grassosi, e con lieve pressione degeneravano in un detrito grassoso. Una tal massa secondo la comune esperienza è molto atta al riassorbimento, ed io sarei incline a credere, che appunto questo caso chiarisca molto bene quelle osservazioni, quando un tumore, o per sempre o per qualche tempo, si rimpiccolisca o subisca involuzione: poichè oltre l'esito in completa atrofia è stato spesso osservato che il tumore fu stazionario per un tempo lungo, e poscia (nel caso di *Mackenzie* solo dopo tre anni) di nuovo si fece vivace e rapidamente vegetò.

Oltremodo difficile è il decidere la questione, se i gliomi della retina posseggano proprietà *infettanti*, o se essi possano diffondersi eteroplasticamente: Già le opinioni summenzionate di *Mandl*, *Hulme* ed *Hulke* mostrano che essi hanno avuto ad osservare tumori ad andamento canceroso. Ora devesi certamente distinguere con cura il semplice perforamento e la vegetazione fungosa della massa dalla attitudine cancerosa. *Pockels* ha narrato un caso, ove il tumore aveva perforato in un piccolo punto la coroide non lontano dal luogo di entrata dell' ottico, senza che

il suo tessuto fosse stato alterato in modo rilevante. Però altre volte i tessuti vicini ammalano in modo determinato. Io qui voglio fare astrazione delle antiche osservazioni, nelle quali è menzionato non solo il nascere dei nuovi nodi di fungo midollare fuori dell' occhio, nel nervo ottico, nella sclerotica, nel tessuto grassoso dell' orbita, ma ancora un diffondersi lungo il nervo ottico alla dura madre ed al cervello, sebbene le tumefazioni della papilla dell' ottico nei casi di gliomi cerebrali esiggano ulteriore studio ed invitino ad un confronto. Io mi limitai ad un paio di casi: Nei gliomi regressivi già menzionati la coroidea era riempita in parte da una vegetazione somigliante a quella la quale era originata dalla retina, ed offriva un riscontro colla coroidite cronica, sicchè essa si distingueva da una vegetazione semplicemente infiammatoria. *Rindfleisch* ha descritto un tumore della retina, il quale constava per intero di piccoli elementi analoghi a quelli dello strato granuloso; accanto ad essa, però affatto indipendente, trovossi fra la coroide e la sclerotica un piccol nodo, similmente composto; inoltre l' ottico era attraversato da simili piccoli focolai. Nella nostra raccolta si trova una preparazione anche più complicata: l' interno del bulbo un po' raggrinzato è quasi interamente ripieno di massa soda: dietro alla lente, che preme immediatamente contro la cornea, giace una massa abbastanza compatta di apparenza in generale bianchiccia midollare. Quivi distinguonsi, piuttosto verso il centro, tratti compressi e piegati, di natura nera, i quali si estendono convergendo verso il punto di entrata dell' ottico, però risaltano al massimo dietro la lente, ed in un punto contengono parti dure, calcari: questi sono per certo avanzi della coroide. All' interno di questi sta la massa midollare; ma anche allo esterno trovasi una sostanza midollare grossa in alcuni punti fino a 4 linee, la quale viene circondata dalla sclerotica un po' addensata. All' innanzi protubera attraverso l' orlo della cornea un largo fungo. Posteriormente vedesi l' ottico, molto raggrinzato e circondato da una vagina addensata, attraversato da grossi e nodosi cumuli di massa di

tumori, che ha la stessa apparenza della interna. Essa arriva fino allo interno della posteriore circonferenza del bulbo, ed esternamente aderisce alla sclerotica. L' esame microscopico mostra dovunque i medesimi elementi, cellule molto piccole, comprimentesi, colla sola differenza, che allo interno prevalgono le rotonde, allo esterno le fusiformi.

Dopo ciò pare che non rimanga che ammettere certi gliomi *maligni* ed *infettanti* della retina, che producono un *germe eteroplastico*. *Rindfleisch* vuol chiamarli sarcomi midollari. Io non potrei in generale accettare questa proposta, poichè appunto parecchi tumori con elementi piccolissimi ed il più sovente omologhi offrono queste proprietà, e poichè il concetto di sarcomi verrebbe per intero eliminato, se noi considerassimo come regola non più le proprietà anatomiche e genetriche, ma le fisiologiche. Che però si diano trapassi al sarcoma io già l' ho messo in rilievo, e che appunto questi sarcomi producano il più delle volte dubbiezze, io lo confesso pienamente. Il soggetto merita uno studio ulteriore e più profondo, prima che lo si possa considerare come definitivamente rassodato.

Aggiungo da ultimo che il glioma della retina è prevalentemente una specialità dei primi tempi della fanciullezza. *Travers* estirpò col più felice successo l' occhio di un fanciullo di 8 mesi, la cui camera posteriore dell' occhio era del tutto piena di una massa opaca lardacea; si ammise che la formazione fosse *congenita*. Nel caso di *Lincke* tale ipotesi è anche più probabile, ed è appoggiata dalla analogia del glioma cerebrale e sacrale congenito. Altre volte vennero addotte come cause occasionali le infiammazioni dell' occhio, i colpi sullo stesso, i preceduti esantemi. Se si dovesse comprendervi le osservazioni del fungo midollare dell' occhio si avrebbe un rapporto *ereditario* molto speciale. *Lerche* osservò questa malattia in 3 fanciulli ed in 1 fanciulla fra 7 di una stessa famiglia; *Sichel* la vide in 4 fanciulli di una stessa madre.

Benchè la *primaria eteroplasia* del glioma sia stata constatata al meno finora solo nei tumori teratoidi, tuttavia non

voglio escludere la possibilità, che per ulteriori indagini possano venire trovati quali punti di partenza altri luoghi nel corpo. Per ora posso offrire solo una forma di tumore, la quale io potrei provisoriamente attaccare ai gliomi; e sono certi *tumori midollari dei reni*, che io altre volte chiamai ancora sarcomi. Sono per regola piccoli nodi, grandi come un pisello od un ciliegia, di apparenza affatto midollare, i quali si sviluppano alla superficie dell'organo, però nella sostanza corticale. Essi hanno una struttura molle, molto delicata, bianco-trasparente, e contengono pochi vasi sanguigni: talvolta sono solitari, talvolta molteplici. Il più delle fiate sono stati considerati come formazioni effettivamente cancerose, però essi si presentano del tutto indipendenti, e la loro composizione distinguesi essenzialmente dalle forme cancerose; poichè essi non contengono elementi epiteliali, ma, come i gliomi, numerosi piccoli elementi tondeggianti ovvero stellati, i quali giacciono in una sostanza fondamentale molle, e provengono dal tessuto connettivo interstiziale dei reni mediante vegetazione progressiva; il più delle volte accanto ad essi si può dimostrare una nefrite interstiziale diffusa, sia nei suoi stati recenti, sia negli atrofici; anzi in singoli casi di atrofia granulosa, e precisamente nei suoi gradi più alti, origina a mo' di focolaio dal tessuto interstiziale una vegetazione nodosa, iperplastica, la quale innalza la superficie dei reni in prominenze numerose, irregolari, bianco-grigie, o semplicemente bianche. Non sempre in questi ultimi le cellule raggiungono un completo sviluppo, come nei tumori testè menzionati, più indipendenti; però il processo non ne è differenziabile.

Trattando dei sarcomi avremo opportunità di parlare di certe forme, le quali si attaccano strettamente ai gliomi, e che io perciò designo per gliosarcomi. Questi trovansi non solo nei luoghi, ove preesiste il nevroglio, ma in molti altri. È possibile che parecchi di essi vengano poi separati come gliomi eteroplastici; per ora basti di avere indicato agli studiosi questa analogia.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO VOLUME XXIV SERIE IV.

MEMORIE ORIGINALI

Prelezioni intorno alle principali Mediche Dottrine per isceglierne la più conveniente — Versari cav. prof. Camillo . pag. 5
Del rivolgimenlo ostetrico esterno in unione al parto prematuro ad arte provocato — Belluzzi dott. Cesare . . . . . » 33
Anatomia patologica istologica della sifilide. — Gamberini cav. prof. Pietro . . . . . » 81
Caso di tracheotomia per croup, seguita da guarigione. — Venturini dott. Enrico. . . . . » 101
Teoria del colera asiatico, e indicazione curativa che ne risulta — Pacini prof. Filippo. . . . . » 106
Sulle lussazioni posteriori traumatiche del capo del femore. — Fabbri dott. Ercole-Federico . . . . . » 115
Dei calcoli perineali, e del loro trattamento. — Rizzoli *prof. comm.* Francesco . . . . . » 161
Colla vaccinazione si può comunicare la sifilide?.... — Rasi *dott.* Demetrio. . . . . » 196
Cura e guarigione di un grande ascesso spontaneo, con piaghe e leucocitosi per sifilide costituzionale — Di Lorenzo *prof.* Giacomo. . . . . » 200
Intorno la Perineo-cheilorafia, e su di un nuovo pessario per la caduta dell'utero. — Romei dott. Federico . . . . . » 241
Anatomia patologica della sifilide — Gamberini prof. cav. P. . » 257
Rendiconto Sanitario della Maternità e Baliatico esposti di Bologna per il biennio 1863-64, *del dott.* Giovanni Pilla, *ed alcune Considerazioni sulla istruzione delle Levatrici del Medico Direttore* Cesare Belluzzi . . . . . » 321
Rottura spontanea de' calcoli urinosi nella vescica, con successiva espulsione dei frammenti dall' uretra — Rizzoli *prof. comm.* Francesco. . . . . » 357
Caso clinico di ulcere costituzionale sifilitico. — D'Ormea *dott.* Sebastiano. . . . . » 369
Il nitrato d'argento nella cura dell'atrofia muscolare progressiva — Brugnoli *prof. cav.* Gio. . . . . » 401
Anomalia nell' esito di Vaccinazioni — Canuti *dott.* Camilo. . » 413
Estrazione d'una metà dell' Ulna, e di due grossi Pessari l'uno di gomma elastica, e l'altro di cera ecc. — Baravelli *dott.* Gio. Batt. . . . . » 415

SUNTO DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Ortopedia. — sulla scogliosi, o deviazione della colonna vertebrale. — Memoria del prof. Eulemburg di Berlino » 42, 129, 212, 261

TRADUZIONI

Anatomia patologia. — Intorno le diverse specie di pneumoniti acute o croniche. Pel dott. V. Cornil. . . . . » 423
Il Glioma. — Virchow. . . . . . » 441

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Dilucidazioni intorno ad un caso di omicidio per assideramento — Predieri dott Paolo. . . . . » 55
Processi di degenerazione carbonosa in semi di Frumento appartenente a secoli anteriori — Sgarzi prof. Gaetano . . » 56

Intorno ad una lussazione ovalare completa, e intorno ad alcune questioni che riguardano tutte le lussazioni traumatiche del capo del femore — Fabbri prof. G. B. . . . . » 58
Degli effetti di alcuni veleni sul movimento dei muscoli, delle ciglia vibratili, e degli spermatozoidi — Paolini prof. Marco. » 61

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Libri in dono . . . . . » 139, 140, 143, 145, 147, 269 *e* 273
Comunicazioni diverse . . . . » 140, 141, 144, 146, 148, 270 *e* 273

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Della causa della colorazione rossa dei tessuti infiammabili: dei professori A. Estor e C. Saint-Pierre . . . . . » 63
L'indaco annoverato fra i componenti costanti delle urine. Hoppe-Seyler. . . . . » 67
La questione dell'ammoniaca nelle urine, e nuove ricerche del Duchek sopra questo argomento . . . . . » *ivi*
Esperienze sulla digestione e sullo assorbimento dei corpi grassi, in seguito alla estirpazione del fegato; per Cajo Peyrani . . . . . » 274
Sulle funzioni del fegato. . . . . . » 280
Ricerca sulla natura e costituzione anatomica della pustola maligna per Davaine. . . . . » 281
Il cancro epiteliale specialmente della pelle, ricerche anatomico cliniche, Thiersch prof. C. . . . . » 283
Reazioni dell' acido urico e della colesterina: – Schiff *prof.* Ugo. . » 380
Dell' influenza motrice riflessa del nervo pneumogastrico sulla vescica — pel prof. Ohel. . . . . » 385

Patologia e Terapeutica Medica

Sul modo di riconoscere e dosare l'albumina nell'urina, e sopra l'effetto dell' ioduro potassico in un caso di ostinata albuminuria . . . . . » 68
Della curarina; per Claudio Bernard . . . . . » 70
Ipoclorito di soda sostituito agli iposolfiti del Polli . . . . » 71
Sulle lesioni anatomiche dei reni nell' albuminuria., — pel dott. Cornil. . . . . » 149
Del trattamento del reumatismo nodoso coi bagni arsenicali. — Noel Guénau. . . . . » 151
Conservazione del ghiaccio in piccola quantità: — del dott. Schwarz. . . . . » 152
Ricerca sulla natura e costituzione anatomica della pustola maligna. — di Davaine. . . . . » 153
Sulla trasmissibilità della sifilide mediante la vaccinazione; discussione tenutasi nell' Accademia di Medicina in Parigi — Riassunto con Note del dott. P. Schivardi. . . . . » 218
Dei preparati antimoniali ed arsenicali e del loro uso nelle malattie del cuore. . . . . . » 288
Cura del Crup con la spruzzatura di acqua di calce. . . . » 289
Affezione che si presenta nella meningite cerebro-spinale. I. H. Knapp. . . . . » ivi
Dell' azione dell' ergotina sul feto. . . . . . » 292
Virtù poco note del prezzemolo: di Neucourt. . . . . » ivi
Alimentazione dei bambini. . . . . . » 293
Dell' ioduro potassico nella malattia del Bright. . . . . . » ivi
Digitale contro il delirium tremens e contro la metrorragia . » 294
Sull' azione del solfito di soda nella stomatite mercuriale. Polli dott. Giovanni. . . . . » 295

Il cholera ed il carbone porroso. . . . . . « 388
Delle iniezioni di solfato di chinina nel trattamento del reumatismo articolare, — pel. dott. Dodeuil. . . . . » ivi
Su di alcune nuove applicazioni delle iniezioni di morfina. — pel dott. Freeman. . . . . » 391

PATOLOGIA E TERAPEUTICA CHIRURGICA

Cura chirurgica della flebite. Lee dott. M. H. . . . . » 299

OSTETRICIA

Aborto consecutivo a sviluppo di vajuolo nella gravida e nel feto. » ivi
Rottura traumatica della vagina; sortita degli intestini all' esterno, applicazione del gran forcipe allo stretto superiore, guarigione. . . . . . » 300

BIBLIOGRAFIA

Saggi di Medicina e Chirurgia pratica ragionata di Bernardo Costantini. Napoli 1864 . . . . . » 302
Intorno l'idrope ovarico, sua natura, diagnosi e cura di I. Baker Brow, traduzione sulla 2. edizione Inglese del dott. cav. Domenico Peruzzi. Sinigaglia 1865. — Verardini dott. Ferdinando. . . . . » 303
Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso, pel dott. Francesco Roncati. Bologna 1865. — Verardini dott. Ferdinando. . . . . » 304
Tavole sinottiche Ostetriche di Ettore D' Urso. — Pilla *dott.* Giovanni. » 392
Norme igieniche e progetto di Regolamento medico-politico, risguardanti il trattamento ai moribondi, ed ai morti; la verificazione del decesso, le camere mortuali, ed i cimiteri ecc. Opera di Luigi Chierici — *Bologna* 1865. — Verardini Ferdinando. . . . . » 393

VARIETÀ

Lettera 6. *Delle papule mucose, o condilomi piatti ecc. ecc.* Gamberini cav. prof. Pietro. . . . . » 74
Relazione di quanto si è osservalo nella apertura del cadavere dell' Ill.mo Signor Cavaliere Forte Amforti, *morto nella notte dopo al dì* 15 *Marzo* 1720 *ab Incarnazione* — Giuseppe del Papa . . . . . » 78
Lettera 2. *del prof.* Gabriele Minervini *al ch. prof. cav.* Camillo Versari . . . . . » 80
Norme igieniche e progetto di Regolamento Medico-Politico risguardanti il trattamento ai moribondi ed ai morti, la verificazione dei decessi, le camere mortuali ed i cimiteri, conformemente alla legge 20 *Marzo* 1865, *e per uso dei municipii dei medici e degl' ingegneri comunali e dei medici condotti del Regno d' Italia.* — Opera del prof. Luigi Chierici. . . . . » 155
Associazione Medica Italiana, Commissione Esecutiva — Presidenza — Circolare ai Comitati e Soci dell' Associazione Medico Italiana. . . . . . » 159
Pensieri sul Cholera Asiatico — Canuti dott. Canuto. . . . . » 307
Decorandosi del nome di illustri Medici le Sale dello Spedale Maggiore di Bologna. Discorso d' inaugurazione del Medico Primario. — Brugnoli prof. cav. Giovanni. . . . . » 314
Ricordi di F. Redi. . . . . » 319
Annunzio importante. . . . . . » 320
Lettera 7. — *Esiste una psoriasi sifilitica?* — Gamberini *prof. cav.* P. . . . . » 394
Aneurisma dell' ascellare guarito mediante la compressione. — Ciniselli *dott.* Luigi. . . . . » 399
Indice del Volume. . . . . . » 478